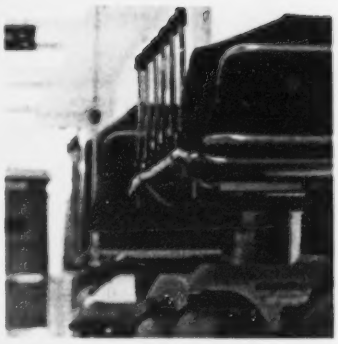
N° 82-622-X au catalogue — n° 006
ISSN : 1915-5204
ISBN : 978-1-100-96682-3

Document de travail

Série de documents de travail de la recherché sur la santé

La comorbidité mentale et la mesure dans laquelle elle entraîne une augmentation du recours aux services dispensés dans les hôpitaux de soins de courte durée



par Helen Johansen, Claudia Sanmartin et l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé

Division de l'information et de la recherche sur la santé
24-M, Immeuble R.-H.-Coats, Ottawa K1A 0T6

Telephone: 1-800-263-1136

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

La comorbidité mentale et la mesure dans laquelle elle entraîne une augmentation du recours aux services dispensés dans les hôpitaux de soins de courte durée

par Helen Johansen, Claudia Sanmartin et
l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé

82-622-X nº 006
ISSN : 1915-5204
ISBN : 978-1-100-96682-3

Statistique Canada
Division de l'analyse de la santé
24-M, immeuble R.-H.-Coats, 100, promenade Tunney's Pasture, Ottawa K1A 0T6
Numéro de téléphone : 613-951-4273
Numéro de télécopieur : 613-951-3959
Courriel : Helen.Johansen@statcan.gc.ca

Le document est disponible en format électronique à www.statcan.gc.ca

Mai 2011

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2011

Tous droits réservés. Le contenu de la présente publication électronique peut être reproduit en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, sans autre autorisation de Statistique Canada, sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux et/ou à des fins non commerciales. Statistique Canada doit être cité comme suit : Source (ou « Adapté de », s'il y a lieu) : Statistique Canada, année de publication, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, il est interdit de reproduire le contenu de la présente publication, de l'emmagasiner dans un système d'extraction ou de le transmettre sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique, mécanique, photographique, pour quelque fin que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable des Services d'octroi de licences, Division des services à la clientèle, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

This publication is also available in English (catalogue No. 82-622-X, No. 006).

Note de reconnaissance
Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

Normes de service à la clientèle
Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont également publiées sur le site Web www.statcan.gc.ca sous la rubrique À propos de nous > Votre organisme > Offrir des services aux Canadiens.

Au sujet de Statistique Canada

La *Loi sur la statistique* autorise Statistique Canada à recueillir, compiler, analyser, dépouiller et publier des renseignements statistiques sur la santé et le bien-être de la population du Canada. Nous effectuons des enquêtes auprès des Canadiens et recueillons des données administratives afin de comprendre l'état de santé de la nation, les caractéristiques et les comportements qui favorisent la santé ou qui lui sont nuisibles, les interactions des Canadiens avec le système de santé, les mesures directes de la santé, la dynamique de la santé au fil du temps et les résultats en matière de santé.

Nous informons la population canadienne grâce à l'analyse et à la diffusion de nos fonds de données. Statistique Canada publie mensuellement les *Rapports sur la santé*, une revue indexée avec comité de lecture consacrée à la recherche sur la santé des populations et sur les services de santé.

Pour plus de renseignements, consultez notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Au sujet de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé

L'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé (DLAS) est un partenariat entre les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et Statistique Canada, ainsi que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le Conseil canadien des registres du cancer et le Conseil sur la statistique de l'état civil du Canada. L'objectif de l'Initiative est de combler d'importantes lacunes en matière d'information en veillant à ce que des données administratives clés, comme celles recueillies couramment par l'entremise du système de santé, puissent être utilisées pour entreprendre des études pancanadiennes en vue de mieux comprendre les relations entre les facteurs de risque, les caractéristiques socioéconomiques, les mesures de l'état de santé et l'utilisation des services de santé. Les travaux de recherche comprennent le couplage des données administratives provinciales et territoriales sur la santé entre elles, ainsi qu'à celles provenant des enquêtes sur la santé de la population menées par Statistique Canada, des bases de données sur les naissances et les décès, et du Registre canadien du cancer. En plus de compléter les importantes études par couplage d'enregistrements déjà effectuées individuellement par les provinces, les études fondées sur les DLAS offrent des occasions inestimables de tirer des enseignements des comparaisons entre les provinces et territoires, et facilitent la réalisation d'études à plus grande échelle portant sur des événements et des problèmes de santé moins fréquents. Brièvement, l'Initiative sur les DLAS a pour objectif d'établir les fondements d'un programme canadien de couplage d'enregistrements en vue d'élargir le champ des connaissances sur les déterminants de la santé et les résultats en matière de santé, ainsi que les rapports qui existent entre eux.

Statistique Canada est l'organe opérationnel du partenariat concernant les DLAS. Deux divisions de Statistique Canada, la Division de la statistique de la santé (DSS) et la Division de l'analyse de la santé (DAS), collaborent au soutien de l'Initiative.

La DSS est responsable du soutien administratif permanent, y compris l'organisation des réunions du comité directeur et la fourniture de services de secrétariat à l'Initiative. Elle est également responsable de la construction et de la maintenance de l'environnement de traitement des données de l'Initiative sur les DLAS, du stockage et du traitement sécuritaires des ensembles de données des DLAS et de la production de fichiers de données couplées d'analyse pour toutes les études approuvées.

La DAS offre au programme des DLAS le soutien à la recherche dont il a besoin par l'entremise de l'équipe de recherche de l'Initiative sur les DLAS. La DAS est la source principale de la recherche sur la santé à Statistique Canada. Elle a pour mandat de fournir des renseignements de haute qualité, pertinents et complets sur l'état de santé de la population et sur le système de soins de santé. Le présent projet représente l'une des quatre études entreprises par l'équipe de recherche de l'Initiative sur les DLAS qui figurent au programme de recherche établi par le Comité directeur de l'Initiative en 2008.

Remerciements

Statistique Canada remercie les nombreuses personnes qui ont participé à l'élaboration du présent rapport. En particulier, nous tenons à exprimer notre reconnaissance envers les membres du Comité de l'Initiative sur les DLAS qui a dégagé les domaines de recherche prioritaires et fourni des commentaires essentiels :

Adalsteinn Brown (coprésident, Ontario)

Michael Wolfson (coprésident, Statistique Canada, 2007 à 2009)

Anil Arora (coprésident, Statistique Canada, 2009 à 2010)

Joy Maddigan (Terre-Neuve-et-Labrador)

Ann Vivian-Beresford (Terre-Neuve-et-Labrador)

Pat Charlton (Île-du-Prince-Édouard)

John Boyne (Nouveau-Brunswick)

David Elliott (Nouvelle-Écosse)

Sten Ardal (Ontario)

Vasanthi Srinivasan (Ontario)

Louis Barre (Manitoba et ICIS)

Deborah Malazdrewicz (Manitoba)

Jacqueline Messer-Lepage (Saskatchewan)

Bev Walkner (Alberta)

Ian Rongve (Colombie-Britannique)

Jean-Marie Berthelot (ICIS)

Julie McAuley (Statistique Canada)

Jillian Oderkirik (Statistique Canada)

Les analyses et les conclusions du présent rapport ne reflètent pas forcément celles de chaque représentant provincial individuels ni de leurs ministères de la Santé respectifs.

Les membres de l'équipe de recherche de l'Initiative sur les DLAS qui ont fait bénéficier le projet de leur leadership scientifique comprennent Gisèle Carrière, Rochelle Garner, Helen Johansen, Saeeda Khan, Kim McGrail, Lindsay Porter, Michelle Rotermann et Claudia Sanmartin.

Nous remercions également Bob Kingsley et Richard Trudeau de leur leadership et de leur détermination à réaliser les objectifs en matière de données de l'Initiative sur les DLAS.

Nous tenons à remercier Scott Patten, du Département des sciences de la santé communautaire à l'Université de Calgary, et Heather Orpana, de la Division de l'analyse de la santé à Statistique Canada, de leurs commentaires judicieux sur les versions provisoires du présent rapport. Nous remercions également Janet Manuel, de l'ICIS, pour son aide dans le cadre du codage des questions.

Enfin, nous remercions les membres de l'équipe de rédaction et de production de la Division de l'analyse de la santé pour leur contribution et pour leur expertise, y compris Mary Sue Devereaux, Janice Felman, Robert Pellarin et Rasha Bradic.

Sommaire

Environ un Canadien sur cinq a éprouveé des problèmes de santé mentale à un moment donné de sa vie. Comme d'autres problèmes de santé, les problèmes de santé mentale imposent un fardeau économique à la société, et les coûts qui s'y rattachent sont souvent comparables à ceux des problèmes de santé physique, tels que les maladies cardiaques. Les dépenses au titre des problèmes de santé mentale et de toxicomanie pour les provinces canadiennes en 2003-2004 se sont chiffrées à 6,6 milliards de dollars, dont 5,5 milliards provenaient de sources publiques.

Les principaux troubles psychiatriques sont souvent associés à une comorbidité physique, en particulier le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et les problèmes respiratoires. Cette association tient à différentes raisons, comprises qui ne sont pas parfaitement. Il existe de nombreux problèmes de santé qui font augmenter le risque de trouble mental. La comorbidité mentale peut rendre plus difficiles la demande d'aide, le diagnostic et le traitement, et elle influe aussi sur le pronostic. De là l'importance de comprendre le fardeau associé aux troubles mentaux comorbides chez les personnes atteintes de maladies physiques.

Le présent rapport fait état de l'évaluation d'un ensemble exhaustif de facteurs associés aux hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée en raison de problèmes de santé mentale au Canada. La première partie du rapport traite du fardeau global engendré par les problèmes de santé mentale, à la fois lorsqu'ils constituent le diagnostic responsable de l'hospitalisation (ci-après, le « diagnostic principal ») et lorsqu'ils représentent un trouble comorbide (un problème diagnostiqué autre que la principale cause d'hospitalisation) dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada. Le nombre d'hospitalisations, le nombre de jours d'hospitalisation et la durée moyenne de l'hospitalisation y sont indiqués. Dans la deuxième partie, des données d'enquête sur la santé couplées avec des données hospitalières sont utilisées pour décrire les facteurs socioéconomiques et les aspects particuliers du mode de vie des patients hospitalisés pour un problème de santé mentale dans un hôpital de soins de courte durée au cours des quatre années suivant leur participation à l'enquête.

Principaux résultats

Partie 1 : Comprendre le fardeau des problèmes de santé mentale sur les hospitalisations en hôpital de soins de courte durée

- Les personnes ayant reçu au moins une fois leur congé d'un hôpital de soins de courte durée et auxquelles on a diagnostiqué un problème de santé mentale représentent 1 % de la population canadienne mais 14,7 % des personnes hospitalisées.
- Au total, 29 % des jours d'hospitalisation dans des hôpitaux de soins de courte durée sont attribuables à l'hospitalisation de personnes atteintes d'un trouble mental diagnostiqué, soit 12,4 % des jours d'hospitalisation (2,5 millions de jours) lorsque le problème de santé mentale constituait le diagnostic principal et 16,6 % (3,3 millions de jours) lorsque ce problème constituait un état comorbide lié à un problème de santé mentale.
- En moyenne, la durée de l'hospitalisation des personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental comorbide est deux fois plus longue que celle des autres personnes. Cela vaut pour l'ensemble des groupes d'âge et des provinces ainsi que pour les principaux types de maladie.
- Les hospitalisations associées à un diagnostic principal de trouble de l'humeur, de psychose ou de problème organique (démence, délire) donnent lieu à un nombre élevé de jours d'hospitalisation, tout comme celles avec un diagnostic de problème organique, de trouble d'utilisation de substances ou de trouble de l'humeur à titre d'état comorbide.
- On a observé des variations entre les provinces et entre les régions sociosanitaires. Certaines de ces variations pourraient être attribuables à des différences dans les pratiques de codage diagnostique.

Partie 2 : Caractéristiques des personnes hospitalisées pour un problème de santé mentale dans un hôpital de soins de courte durée

- L'examen des données d'enquête couplées avec des données hospitalières a permis de constater des différences importantes en ce qui touche les facteurs socioéconomiques et les aspects du mode de vie entre les personnes hospitalisées ayant reçu un diagnostic de problème de santé mentale (diagnostic principal ou état comorbide) et les autres personnes hospitalisées.
- Les personnes appartenant aux groupes à faible revenu et celles qui n'ont pas terminé leurs études secondaires étaient plus susceptibles d'être hospitalisées avec un diagnostic de problème de santé mentale.
- Les fumeurs, comparativement aux non-fumeurs, étaient plus susceptibles d'être hospitalisés avec un diagnostic de problème de santé mentale.
- Le risque d'hospitalisation avec un diagnostic de problème de santé mentale était plus grand pour les célibataires (n'ayant jamais été mariés), les personnes séparées ou divorcées et les personnes veuves que pour celles mariées.
- Les personnes hospitalisées en raison d'un problème de santé mentale documenté étaient plus susceptibles d'avoir eu des problèmes de santé physique chroniques ou une incapacité.
- Les personnes hospitalisées ayant reçu un diagnostic de problème de santé mentale étaient plus susceptibles de faire état de besoins de soins de santé non comblés que les personnes n'ayant pas été hospitalisées.

Table des matières

Introduction 1
Résultats 4
Partie 1 – Le fardeau associé à l'utilisation des services hospitaliers par les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental 4
Services hospitaliers dispensés aux personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental 4
Résultats par province et par région sociosanitaire 6
Fardeau global des troubles mentaux à titre d'états comorbides, selon les principaux types de maladie 10
Résumé 13
Partie 2 – Caractéristiques des personnes hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental 14
Résultats 15
Résumé 19
Discussion et conclusions 20
Références 24
Annexe 27

Introduction

Environ un Canadien sur cinq a éprouvé un problème de santé mentale à un moment donné de sa vie[1,2,3]. Approximativement 14 % du fardeau global de la maladie a été attribué à des troubles neuropsychiatriques, surtout en raison de la nature chroniquement invalidante de la dépression et des autres troubles mentaux courants, des problèmes liés à la consommation d'alcool et des troubles d'utilisation de substances ainsi que de la psychose[4]. Selon des études de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la Santé, la dépression se classerait au troisième rang parmi les maladies non transmissibles diminuant le nombre d'années de vie en santé dans le cas des femmes, et au cinquième rang dans le cas des hommes[5]. Des organismes des quatre coins du globe ont identifié la santé mentale comme un enjeu prioritaire[6,7].

Les problèmes de santé mentale, tout comme d'autres problèmes de santé, imposent un fardeau économique à la société, engendrant dans bien des cas des coûts comparables à ceux de problèmes de santé physique, tels que les maladies cardiaques[8,9]. Les dépenses reliées aux troubles mentaux et à la dépendance dans les provinces canadiennes en 2003-2004 se sont élevées à 6,6 milliards de dollars, dont 5,5 milliards provenant de sources publiques[10]. À l'échelle nationale, les hôpitaux représentaient la plus grande partie des dépenses; venaient ensuite les services communautaires de santé mentale et les produits pharmaceutiques. Même une fois que l'on prend en compte ces montants, les dépenses publiques en santé mentale ont été moins élevées au Canada que dans la plupart des autres pays développés[10].

Il semble aussi que l'on ne mesure pas adéquatement l'incidence des troubles mentaux sur le bien-être physique et que l'on ne saisisse pas toujours parfaitement le bien-fondé du principe selon lequel la santé mentale fait partie intégrante de la santé[4]. De là l'importance de comprendre le fardeau associé aux problèmes de santé mentale donnant lieu à une comorbidité chez les personnes atteintes de maladies physiques. On constate l'existence de nombreux troubles psychiatriques importants de pair avec des problèmes de santé physique[11]. La prévalence de plusieurs problèmes de santé physique chroniques, plus précisément la douleur chronique, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et les troubles respiratoires, est plus forte chez les gens atteints de troubles mentaux[12,13,14]. Les raisons expliquant la plus grande fréquence de problèmes de santé mentale parmi les personnes chez qui l'on observe une morbidité physique sont multiples et ne sont pas parfaitement comprises. De nombreux problèmes de santé physique font augmenter le risque de problème de santé mentale, et la comorbidité mentale a souvent pour effet de rendre plus difficiles la demande d'aide, le diagnostic et le traitement, ce qui peut influer sur le pronostic[4].

Peu importe l'enchaînement causal, la combinaison de troubles physiques et de troubles mentaux entraîne souvent un taux plus élevé d'utilisation des soins de santé. À titre d'exemple, on constate un taux plus élevé d'utilisation des soins en salle d'urgence et en soins aux malades externe ainsi que des dépenses plus importantes au chapitre des produits pharmaceutiques dans le cas des personnes souffrant de problèmes chroniques et présentant des troubles mentaux comparativement à celles qui ont uniquement des problèmes de santé physique[15]. Plus précisément, dans le cas des personnes atteintes de diabète, les dépenses au titre des soins de santé étaient plus élevées lorsque des troubles mentaux étaient présents, par exemple des troubles d'utilisation de substances[16]. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale peuvent aussi être exposées à un risque du fait des interactions entre les médicaments généraux et les psychotropes[17].

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a mené récemment une étude sur les services de santé mentale au Canada, et il en est arrivé à la conclusion que l'on ne savait pas quelle était la situation en matière de santé mentale à l'échelle nationale. Le Comité jugeait qu'il fallait disposer de plus d'information afin de mesurer l'ampleur du problème et de mettre de l'avant les services et programmes requis[18,19]. L'Agence de la santé publique du Canada a exprimé des préoccupations similaires, indiquant que le profil des troubles mentaux est très limité au Canada et qu'il faut disposer de renseignements en complément des données disponibles sur les hospitalisations afin d'avoir de meilleurs connaissances au sujet des patients qui font actuellement appel au système de soins de santé afin d'obtenir des services de santé mentale ainsi que de la comorbidité des problèmes de santé mentale avec les autres types de maladie[20,21].

Il y a eu une augmentation du nombre d'études de la santé mentale fondées sur la population à l'échelon national[22,23,24,25,26] et provincial[27,28,29]. Toutefois, notre compréhension de l'ampleur du fardeau et du profil des patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins de courte durée avec un diagnostic de problème mental présente encore d'importantes lacunes. À titre d'exemple, la plupart des rapports sur les hospitalisations portent sur les problèmes de santé mentale qui constituent le diagnostic principal, mais fournissent peu de renseignements sur le fardeau que représentent ces problèmes à titre d'états comorbides. De plus, pour une bonne part, les données administratives sur la santé fournissent peu de renseignements sur les caractéristiques des personnes hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental. Or, il est essentiel de disposer de ces renseignements pour comprendre le fardeau associé au recours aux services de santé qui est imputable à ces personnes.

Le présent rapport prend comme point de départ la nouvelle conception que l'on se fait du fardeau associé aux problèmes de santé mentale à partir de différentes sources de données disponibles à Statistique Canada. La partie 1 du rapport porte essentiellement sur le fardeau des problèmes de santé mentale dans les hôpitaux de soins de courte durée, à partir des données administratives des hôpitaux. Nous envisageons un élargissement du rôle relié à la santé mentale en tenant compte à la fois des hospitalisations pour lesquelles un problème de santé mentale constitue le diagnostic principal ainsi que de celles où le problème de santé mentale constitue un état comorbide. Il devient ainsi possible d'évaluer de façon plus approfondie l'incidence des troubles mentaux sur l'utilisation des ressources hospitalières. Pour se pencher sur les questions liées à l'utilisation des services, on tient compte du nombre de jours d'hospitalisation et de la durée moyenne d'hospitalisation plutôt que du nombre d'hospitalisations.

La partie 2 du rapport porte essentiellement sur la compréhension des caractéristiques que présentent les patients hospitalisés avec un problème de santé mentale, que celui-ci constitue le diagnostic principal ou soit un état comorbide. Nous utilisons des données couplées afin de définir les caractéristiques associées à l'hospitalisation des patients et à un diagnostic de trouble mental. Ces renseignements permettent de mieux comprendre certains autres facteurs propres au patient qui peuvent être rattachés à une utilisation accrue des ressources.

Sources de données

Hospitalisations

La Base de données de l'Information-santé orientée vers la personne (ISOP) de Statistique Canada est un ensemble de données au niveau de la personne qui est établi à partir des dossiers de congé des personnes hospitalisées dans la plupart des hôpitaux de soins de courte durée ainsi que dans certains hôpitaux psychiatriques, hôpitaux de soins de longue durée et hôpitaux de réadaptation au Canada[30]. Sont exclus de cette base de données les nouveau-nés, les patients ne résidant pas dans une province canadienne et ceux qui n'ont pas de code d'identification de patient utilisable. Pour 2003-2004, 13 % des dossiers ont été exclus, parmi lesquels 81 % concernaient ceux de nouveau-nés. La base de données comprend des renseignements sur la date d'admission et de radiation, jusqu'à 25 diagnostics fondés sur la Classification internationale des maladies – 9e version (CIM-9) établissant la ou les raisons de l'hospitalisation, et jusqu'à 20 codes de procédure servant à indiquer les interventions survenues durant l'hospitalisation d'après les codes de la CIM-9 ou de la CIM-10[31,32,33,34]. Les dossiers de congé contiennent des renseignements démographiques (sexe, date de naissance, code postal) et administratifs (numéro d'assurance-maladie, dates d'admission et de radiation) ainsi que des données cliniques provenant de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) tenue à jour par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)[35]. Lors du traitement des données à Statistique Canada, environ 3 % des dossiers de la BDMH ayant trait à des patients âgés de 12 ans et plus ont été exclus en raison de numéros d'assurance-maladie manquants ou invalides. La Base de données de l'ISOP fait état d'environ 2,7 millions d'hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée chaque année.

Seuls les dossiers de la Base de données de l'ISOP qui avaient trait à des patients ayant reçu leur congé au cours de l'exercice 2003-2004 ont été utilisés. On a exclu 59 dossiers où il manquait la date d'admission ou de radiation ainsi que 23 autres où le sexe n'était pas indiqué. Le nombre de dossiers utilisés dans le cadre de notre analyse a été de 2 711 533.

L'information relative aux régions sociosanitaires a été incorporée à la Base de données de l'ISOP à partir du Recensement de 2006. Dans un premier temps, les codes postaux ont été convertis en unités géographiques de recensement au moyen du Fichier de conversion des codes postaux de Statistique Canada, puis ont été reliés aux régions sociosanitaires d'après le fichier de correspondance entre ces dernières et les unités géographiques de recensement qui les composent[36,37]. Au regard du recensement, le couplage a été fait au niveau de l'aire de diffusion (AD) et de l'îlot pour la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba et l'Ontario (réseaux locaux d'intégration des services de santé, ou RLISS). Même ces petites régions géographiques (AD/îlots) chevauchent parfois les limites des régions sociosanitaires. Le cas échéant, en collaboration avec la province concernée, on a assigné la totalité de l'AD ou de l'îlot à une seule région sociosanitaire, de façon à obtenir la meilleure concordance possible avec la géographie du recensement.

Méthodes

Des statistiques descriptives (proportions, moyennes) ont été produites au moyen du logiciel SAS (version 9.1.3, Cary, NC), en particulier PROC FREQ et PROC MEAN.

Définitions

Diagnostic de trouble mental

La Classification internationale des maladies – 10e version (CIM-10) définit le trouble mental comme étant l'existence d'un ensemble de symptômes ou de comportements cliniquement reconnaissables associés dans la plupart des cas à la détresse et à la perturbation des fonctions personnelles[38].

Pour déterminer les diagnostics de troubles mentaux, nous avons employé les mêmes codes de la CIM-9 et de la CIM-10 utilisés à l'heure actuelle par l'Institut canadien d'information sur la santé (le tableau 1 fournit des définitions, tandis que le tableau A de l'annexe expose les codes[23]). Cette approche reflète la manière dont on envisage les troubles mentaux de nos jours.

Les données diagnostiques au niveau des provinces ont été extraites d'après le système de classification ayant été utilisé au départ pour la collecte de ces données. Il s'agissait soit de la CIM-9 (CIM-9 et CIM-9-MC), soit de la Classification internationale des maladies – 10e version (CIM-10-CA)[31,32,33,34]. Chaque hospitalisation est assortie d'un diagnostic principal, c'est-à-dire le trouble principal ayant mené à l'hospitalisation. Les diagnostics de troubles mentaux, autres que les diagnostics principaux, ont été assimilés à des états mentaux comorbides. Un maximum de 25 codes de diagnostic ont été examinés.

Tableau 1
Regroupements de troubles mentaux et états particuliers

Troubles mentaux	États
Troubles organiques	Démence, délire, troubles mentaux ou troubles de la personnalité causés par une lésion cérébrale
Troubles d'utilisation de substances	Psychose due à l'alcool ou aux drogues, dépendance à l'alcool ou aux drogues, abus de drogues sans état de dépendance
Schizophrénie/psychose	Schizophrénie, psychose, paranoïa
Troubles de l'humeur	Trouble bipolaire, dépression, autres
Troubles anxieux	Anxiété, stress aigu
Troubles de la personnalité	Troubles de la personnalité
Autres troubles	Troubles d'adaptation, troubles de la sexualité, troubles délirants, troubles de la conduite, psychoses non organiques sans autre indication, ensemble des autres troubles psychiatriques

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2005-2006*, Ottawa, 2008, p. 27-28.

Hospitalisation

Une hospitalisation correspond à un dossier d'hospitalisation. Un tel dossier est établi chaque fois qu'un patient quitte l'hôpital, que ce soit parce qu'il est décédé, qu'il a reçu son congé, qu'il part contre l'avis des médecins ou qu'il est transféré. Le nombre d'hospitalisations constitue la mesure la plus courante de l'utilisation des services hospitaliers; elle sert à déterminer le fardeau associé à une maladie. Si nous utilisons les hospitalisations plutôt que les admissions, c'est en raison du fait que les résumés de données des hôpitaux concernant les soins dispensés aux patients hospitalisés sont établis à partir de l'information recueillie au moment du congé. Les hospitalisations n'incluent aucune visite de patients externes. Dans la littérature sur le sujet, il arrive que différents termes soient utilisés pour désigner les hospitalisations (radiations, séjours, visites, etc.).

Durée du séjour

La durée du séjour est le nombre de jours que dure une hospitalisation et sert de mesure indirecte de l'utilisation des services hospitaliers. On définit la durée du séjour comme étant le nombre de jours entre la date d'admission à l'hôpital et la date du congé. Si un patient est admis et obtient son congé le même jour, la durée du séjour est fixée à 0,5.

Résultats

Partie 1 – Le fardeau associé à l'utilisation des services hospitaliers par les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental

Services hospitaliers dispensés aux personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental

Taux d'hospitalisation en hôpital de soins de courte durée avec un diagnostic de trouble mental

Au cours de 2003-2004, le nombre total d'hospitalisations pour lequel un trouble mental constituait le diagnostic principal s'est chiffré à 155 000, soit 5,7 % de l'ensemble des hospitalisations au cours de l'exercice en question, tandis qu'il y a eu 228 000 hospitalisations pour lesquelles un trouble mental avait été diagnostiqué à titre d'état comorbide, soit 8,4 % des hospitalisations. Au chapitre des jours d'hospitalisation, 12,4 % de ceux-ci (2 471 000 jours) ont été associés à un diagnostic principal de trouble mental et 16,6 % (3 306 000 jours), à un diagnostic de trouble mental comorbide.

Au Canada, les personnes ayant été hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental représentent une proportion relativement faible de l'ensemble de la population, mais ils accaparent une fraction disproportionnée des services hospitaliers. Ainsi, en 2003-2004, à peu près 291 000 personnes, ce qui représente 0,9 % de la population canadienne, ont obtenu leur congé d'un hôpital de soins de courte durée au moins une fois avec un diagnostic de trouble mental (diagnostic principal ou état comorbide); cela constitue toutefois 14,7 % de toutes les personnes ayant reçu leur congé de l'hôpital durant cet exercice.

Les personnes ayant un trouble mental ont utilisé une part disproportionnée des ressources hospitalières : on peut leur attribuer 14,1 % des hospitalisations et 29,0 % des jours d'hospitalisation (5,8 millions de jours) (figure 1).

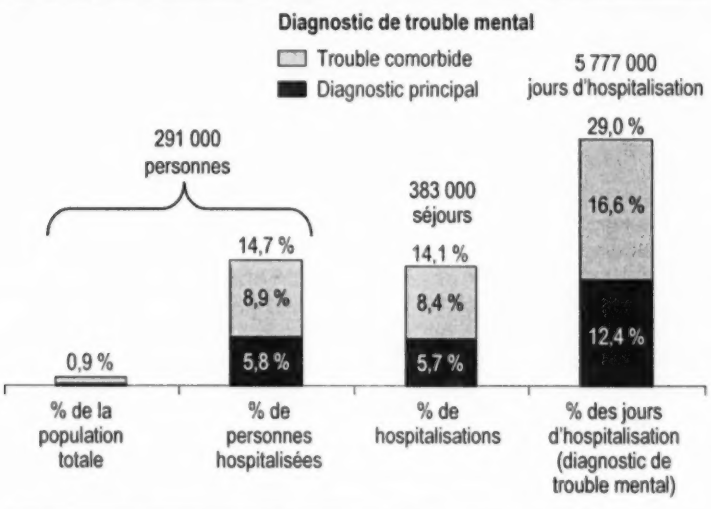
De manière à évaluer de façon complète le fardeau engendré par les troubles mentaux sur le plan des hospitalisations dans les hôpitaux de soins de courte durée, nous devons de toute évidence tenir compte du rôle de ces troubles mentaux à la fois lorsqu'ils sont le diagnostic principal et lorsqu'ils sont diagnostiqués à titre d'état comorbide.

Résultats selon l'âge et le sexe

Les distributions selon l'âge et le sexe nous permettent d'en savoir plus sur les personnes qui correspondent aux jours d'hospitalisation avec un diagnostic de trouble mental (figures 2a et 2b). Même si une plus grande partie des jours d'hospitalisation est attribuable aux femmes (55,1 %), les pourcentages entre les hommes et les femmes étaient comparables en ce qui touche les diagnostics de trouble mental (diagnostic principal : 12,1 % pour les hommes et 12,7 % pour les femmes; état comorbide : 17,1 % pour les hommes et 16,2 % pour les femmes). La tendance générale est semblable au niveau des différents groupes d'âge chez les hommes et chez les femmes (figure 2a).

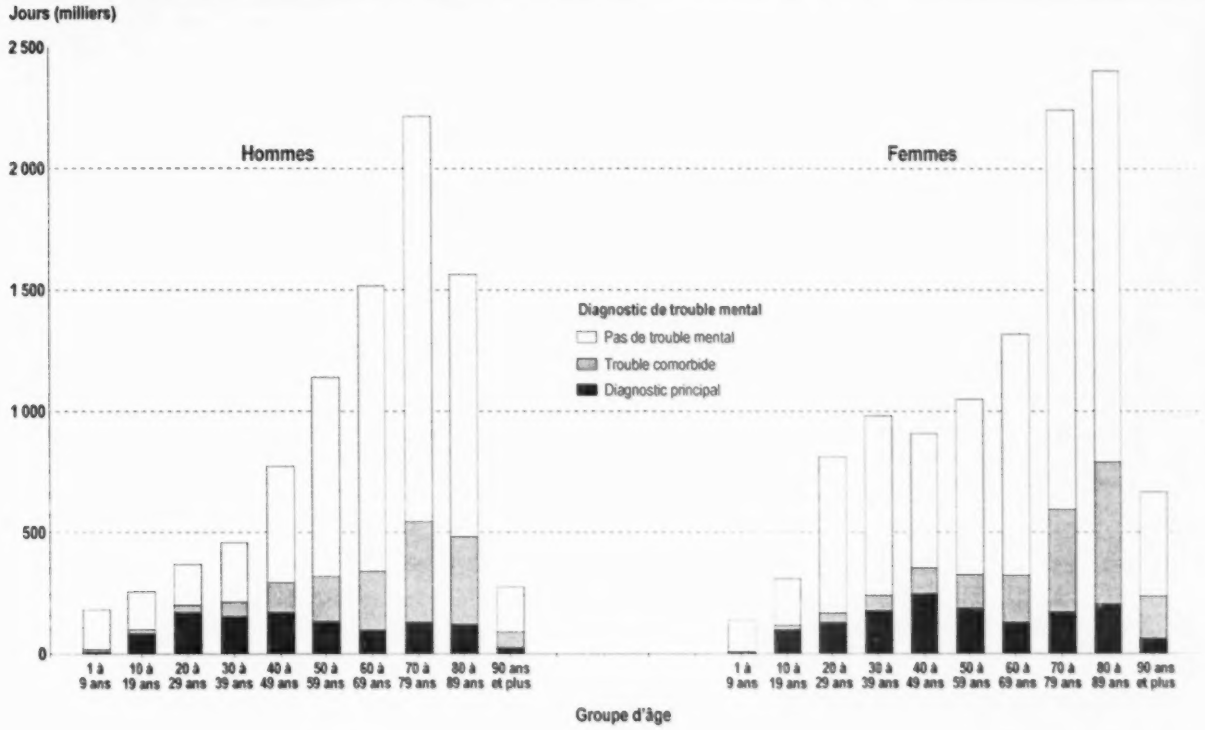
Ainsi que cela était prévu, le nombre de jours d'hospitalisation associés à un diagnostic de trouble mental comorbide augmente avec l'âge. Pour sa part, le nombre de jours d'hospitalisation avec diagnostic principal de trouble mental était réparti entre les différents groupes d'âge, mais était légèrement plus élevé chez les personnes dans la trentaine et dans la quarantaine. Le pourcentage de jours d'hospitalisation avec diagnostic principal de trouble mental diminue avec l'âge (dans le cas des femmes, la baisse est attribuable aux accouchements). Pour ce qui est des jeunes hommes, plus de 30 % des jours d'hospitalisation étaient associés à un diagnostic principal de trouble mental. Tant pour les hommes que pour les femmes, le pourcentage

Figure 1
Caractéristiques des hospitalisations en hôpital de soins de courte durée, associées aux diagnostics de trouble mental, Canada, 2003-2004



Nota : Voir les sources de données pour les exclusions.
Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Figure 2a
Nombre total de jours d'hospitalisation, selon la présence de trouble mental, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 2003-2004



Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

de jours d'hospitalisation associé à un diagnostic de trouble mental comorbide augmente avec l'âge (figure 2b).

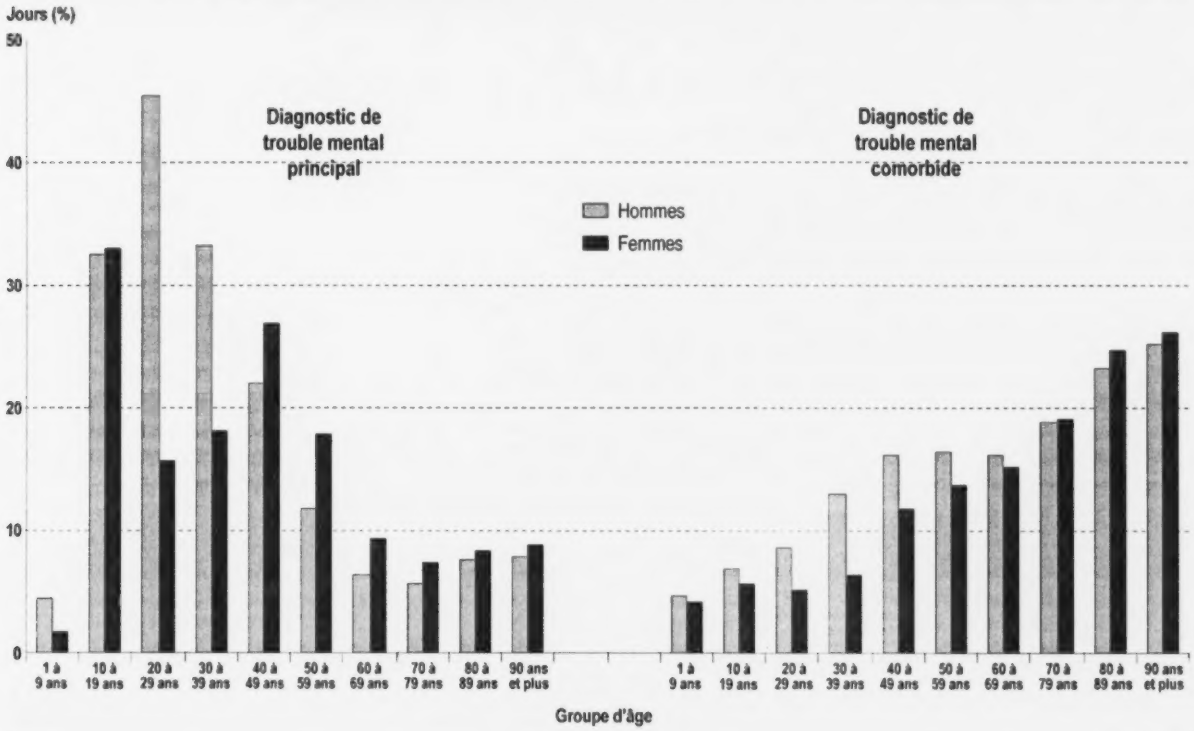
La durée moyenne du séjour dans le cas des hospitalisations avec diagnostic de trouble mental et sans diagnostic de trouble mental donne une indication de l'intensité de l'utilisation des services hospitaliers. Comme il était prévu, la durée moyenne du séjour dans le cas des hospitalisations avec diagnostic de trouble mental (diagnostic principal ou trouble comorbide) est plus élevée que pour les autres hospitalisations (figure 3). Ainsi, la durée du séjour est en moyenne de 15,9 jours avec diagnostic principal de trouble mental, de 14,5 jours avec diagnostic de trouble mental comorbide et de 6,1 jours en l'absence de diagnostic de trouble mental (figure 3).

À l'intérieur de chaque groupe d'âge, la durée moyenne du séjour était souvent trois fois plus longue dans le cas des hospitalisations avec diagnostic principal de trouble mental que pour celles où aucun trouble mental n'avait été déclaré. La durée moyenne des hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide se situait entre ces deux extrêmes, mais elle était souvent plus de deux fois plus longue que celle sans diagnostic de trouble mental (ratio de 2,3), et ce, pour tous les groupes d'âge. Par exemple, parmi les personnes âgées de 60 à 69 ans, la durée moyenne du séjour était de 20,6 jours pour les hospitalisations avec diagnostic principal de trouble mental, de 14,2 jours pour celles avec diagnostic de trouble mental comorbide et de 7,1 jours seulement pour les autres.

Résultats selon le type de diagnostic

Il est également intéressant de se pencher sur le fardeau lié aux hospitalisations par rapport à chaque type de trouble mental pour différents groupes d'âge (figure 4). Les résultats obtenus montrent que les types de troubles comorbides les plus courants étaient les troubles organiques (démence, délire), les troubles d'utilisation de substances et les troubles de l'humeur. Tel qu'il était prévu, les cas de troubles mentaux organiques comorbides (démence, délire) étaient plus fréquents chez les personnes de plus de 70 ans.

Figure 2b
Pourcentage de jours d'hospitalisation associés à un diagnostic de trouble mental, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 2003-2004



Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Les troubles d'utilisation de substances étaient fréquents pour un grand intervalle d'âge, principalement à titre de troubles comorbides. Les troubles de l'humeur constituent d'abord le diagnostic principal chez les personnes jeunes et en viennent à être des troubles comorbides à mesure que l'âge augmente. Les cas de schizophrénie et de psychose constituent plus fréquemment le diagnostic principal chez les personnes âgées de 20 à 60 ans. Les troubles d'anxiété et les troubles de la personnalité constituaient le plus souvent des états comorbides, et ce, pour la plupart des groupes d'âge.

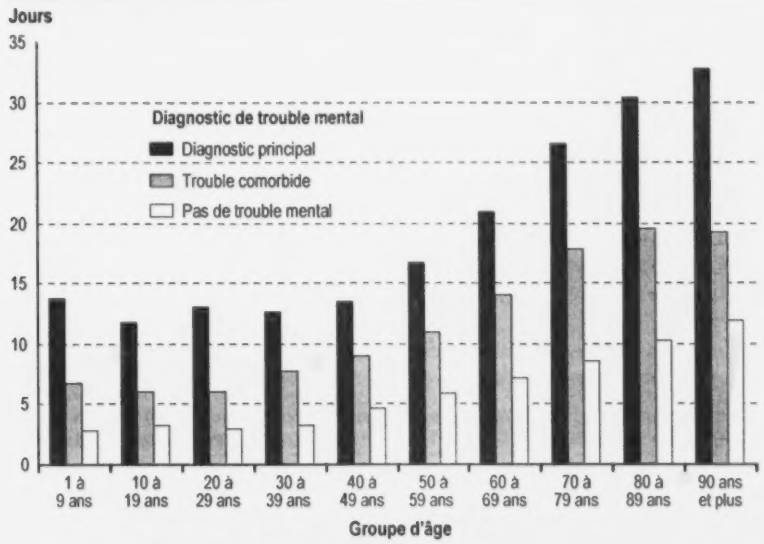
Résultats par province et par région sociosanitaire

Hospitalisations avec diagnostic de trouble mental, par province et par région sociosanitaire

Le fardeau que représentent les troubles mentaux au regard des hospitalisations en hôpital de soins de courte durée variait selon la province (figure 5). La proportion d'hospitalisations pour lesquelles un trouble mental constituait le diagnostic principal allait de 3,7 % à Terre-Neuve-et-Labrador (52 580 hospitalisations) à 8,8 % à l'Île-du-Prince-Édouard (15 912 hospitalisations). Lorsque le trouble mental était comorbide, la proportion allait de moins de 3,1 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 15,1 % au Québec.

Les variations d'une province à l'autre peuvent tenir à des différences éventuelles au niveau soit de la prévalence des troubles mentaux dans la population, soit des pratiques de traitement dans les hôpitaux de soins de courte durée. Les variations pourraient toutefois s'expliquer aussi par des différences dans les pratiques de codage rattachées spécifiquement à la comorbidité. De façon générale, le nombre moyen de diagnostics par patient et par hospitalisation qui sont documentés dans les données hospitalières varie de façon très marquée entre les provinces. C'est au Québec que l'on déclare le nombre moyen le plus élevé de diagnostics de troubles comorbides par hospitalisation, tandis que Terre-Neuve-et-Labrador et l'Île-du-Prince-Édouard sont les provinces où ce nombre est le plus bas[39].

Figure 3
Durée moyenne du séjour, selon la présence d'un diagnostic de trouble mental et le groupe d'âge, Canada, 2003-2004



Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

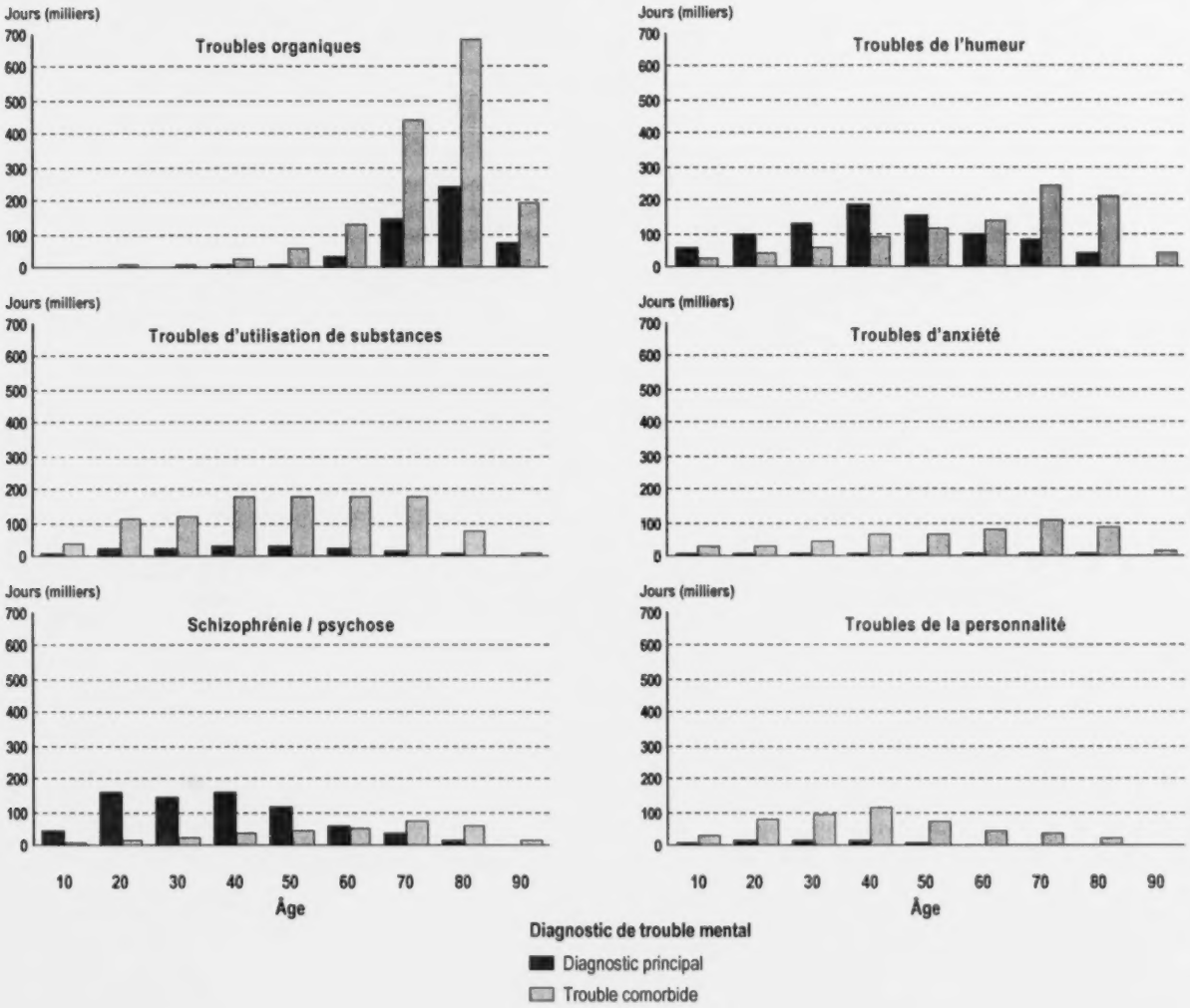
Il serait utile pour les planificateurs de soins de santé de prendre en compte le fardeau associé aux troubles mentaux au niveau de régions de plus petite taille. À la figure 6, chaque carré représente une région sociosanitaire. Les résultats mettent en lumière des variations considérables entre régions sociosanitaires en ce qui touche les hospitalisations reliées à des troubles mentaux. Par exemple, dans les régions sociosanitaires de l'Alberta, le pourcentage d'hospitalisations associées à un trouble mental comorbide se situe entre 5,0 % et 12,9 %. De même que ceux existant entre provinces, les écarts entre régions sociosanitaires peuvent être le fait de différences dans les états de santé sous-jacents, les traitements ou même les pratiques de codage, quoique, à l'intérieur d'une même province, on puisse s'attendre à ce que les différences de codage ne soient pas un facteur aussi important. On trouvera au tableau B de l'annexe des données complètes sur les régions sociosanitaires.

Tableau 2
Pourcentage de jours d'hospitalisation avec diagnostic de trouble mental (diagnostic principal ou trouble comorbide), par province et par type de trouble mental, tous âges confondus, Canada, 2003-2004

Trouble mental	Canada	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb	C.-B.	Yn	T. N.-O.	Nt
Nombre de jours d'hospitalisation (milliers)	19 899	409	128	708	687	5 427	6 267	1 080	743	1 985	2 425	12	22	4
						Pourcentage des jours d'hospitalisation								
Total														
Diagnostic principal	12,4	8,4	10,6	10,4	12,3	14,3	10,6	13,8	7,3	12,7	14,9	10,8	16,7	5,5
Trouble comorbide	16,6	8,3	11,7	13,7	12,9	24,5	12,0	17,2	9,9	19,5	14,0	16,2	6,3	2,4
Troubles organiques														
Diagnostic principal	2,6	1,4	1,7	2,6	3,4	2,9	1,9	3,9	1,1	2,7	3,4	3,0	1,5	0,0
Trouble comorbide	7,8	4,6	4,2	8,3	6,7	9,1	6,6	8,8	4,5	9,6	7,8	5,4	2,4	0,2
Troubles d'utilisation de substances														
Diagnostic principal	0,7	0,5	0,8	0,5	0,5	0,7	0,6	1,1	0,7	1,1	0,9	1,4	3,4	0,4
Trouble comorbide	5,1	1,6	3,1	2,9	2,5	8,8	2,8	3,8	2,9	5,7	5,3	10,2	7,8	1,7
Troubles de l'humeur														
Diagnostic principal	4,3	3,9	4,8	2,7	4,5	4,4	4,3	3,5	2,7	4,3	5,1	3,6	4,3	1,7
Trouble comorbide	4,7	2,2	4,4	3,3	4,1	5,3	3,7	5,3	3,1	7,8	4,4	3,3	2,3	0,6
Psychose														
Diagnostic principal	3,1	0,9	1,1	3,3	2,1	3,6	2,8	3,7	1,7	2,8	4,0	1,4	5,1	1,7
Trouble comorbide	1,6	0,3	0,8	1,1	0,8	3,3	0,9	1,8	0,7	1,1	1,1	0,5	0,6	0,9
Troubles d'anxiété														
Diagnostic principal	0,3	0,3	1,0	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	0,5	0,3	0,4	1,3	0,5
Trouble comorbide	0,4	1,3	2,7	2,0	2,8	4,0	1,8	1,8	1,3	3,6	1,5	1,5	1,0	0,4
Troubles de la personnalité														
Diagnostic principal	0,3	0,2	0,2	0,1	0,3	0,6	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2	0,6	0,7	0,0
Trouble comorbide	2,2	0,4	0,8	1,3	2,3	3,8	1,3	2,0	1,2	2,9	1,6	2,3	0,7	0,6
Autres														
Diagnostic principal	1,1	1,1	1,1	0,9	1,1	1,8	0,7	1,0	0,6	1,1	1,0	0,4	0,4	1,1
Trouble comorbide	3,0	1,5	2,1	1,5	2,3	6,6	1,4	2,7	1,3	2,3	1,5	1,3	0,6	0,3

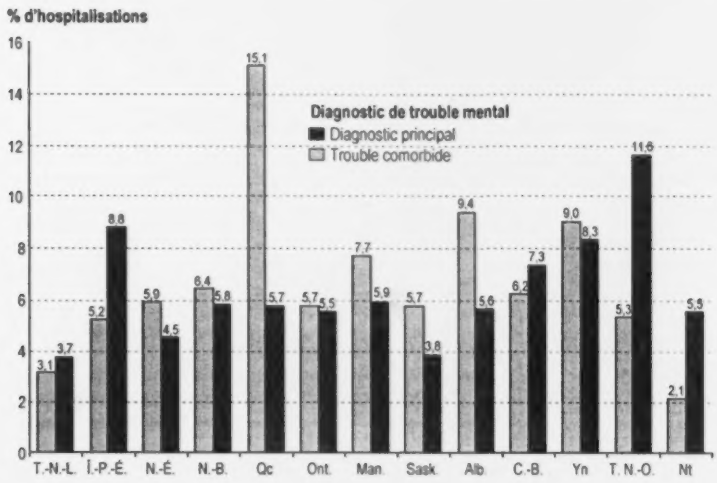
Nota : Le pourcentage total est plus bas que la somme des pourcentages pour les sept types de troubles, étant donné que, pour certaines hospitalisations, on a diagnostiqué plus d'un trouble mental.
Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Figure 4
Distribution des jours d'hospitalisation selon l'âge, patients âgés de dix ans et plus ayant reçu un diagnostic de trouble mental, par type de trouble mental, Canada, 2003-2004



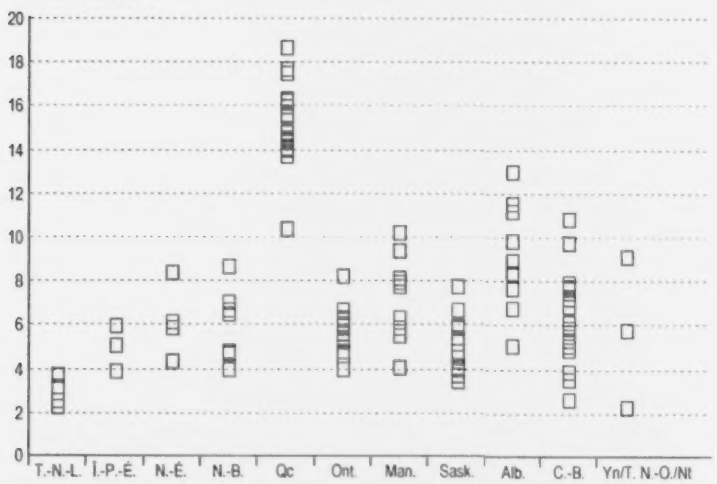
Nota : Étant donné que, dans le cas de certaines hospitalisations, on avait diagnostiqué plus d'un trouble mental, le nombre total de jours d'hospitalisation avec diagnostic de trouble mental est inférieur à la somme des jours d'hospitalisation avec au moins un trouble mental comorbide diagnostiqué. Il y a eu 23 dossiers exclus parce que l'information sur le sexe n'était pas valide.
Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Figure 5
Pourcentage d'hospitalisations en hôpital de soins de courte durée avec diagnostic de trouble mental (diagnostic principal ou trouble comorbide), par province, tous âges confondus, Canada, 2003-2004



Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Figure 6
Pourcentage d'hospitalisations en hôpital de soins de courte durée avec diagnostic de trouble mental comorbide, par région sociosanitaire et par province, tous âges confondus, Canada, 2003-2004



Nota : Tous les âges sont inclus, mais on a exclu 16 220 dossiers qui ne pouvaient être associés à une région sociosanitaire. Les hospitalisations avec diagnostic principal de trouble mental ne sont pas incluses. Chaque carré représente une région sociosanitaire. On trouvera au tableau B de l'annexe certaines données hospitalières par région sociosanitaire.
Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

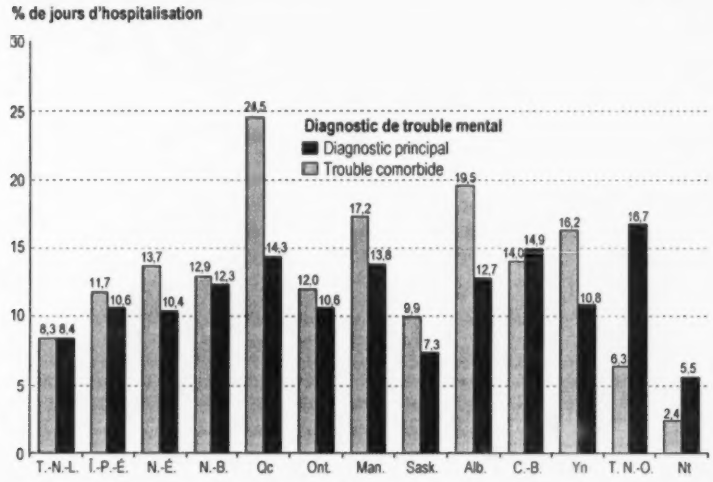
Jours d'hospitalisation associés à un diagnostic de trouble mental, par province et par région sociosanitaire

Les jours d'hospitalisation constituent une mesure indirecte de l'utilisation des ressources. Ainsi qu'on pouvait s'y attendre, il existe aussi des variations entre provinces à cet égard (figure 7). Le pourcentage de jours d'hospitalisation avec diagnostic principal de trouble mental variait 7,3 % en Saskatchewan à 12,9 % au Québec, tandis que le pourcentage de jours d'hospitalisation avec diagnostic de trouble mental comorbide allait de 7,1 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 25,9 % au Québec.

Les résultats montrent des écarts substantiels en ce qui touche les jours d'hospitalisation entre régions sociosanitaires, et même entre les provinces (figure 8). À titre d'exemple, en Alberta, le pourcentage de jours d'hospitalisation avec diagnostic de trouble mental comorbide va de 8,9 % à 24,9 %. Les données relatives aux régions sociosanitaires au tableau B de l'annexe peuvent servir à déterminer les régions sociosanitaires.

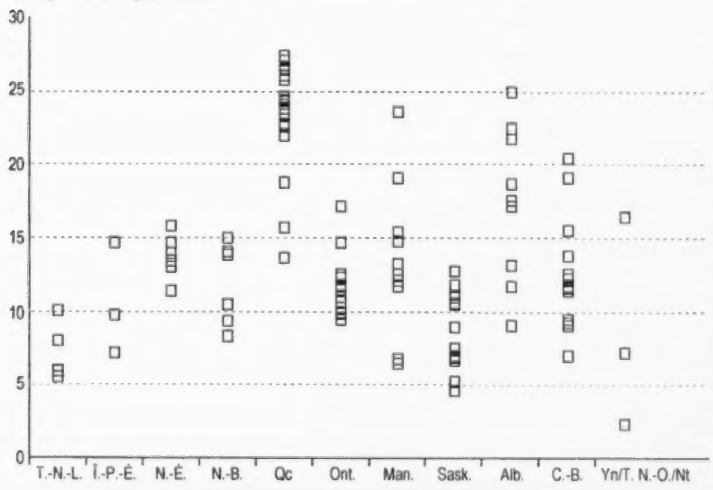
Nous avons étudié le pourcentage de jours d'hospitalisation selon le type de diagnostic de trouble mental afin de voir quelle était l'incidence particulière de chaque type sur l'utilisation des services hospitaliers dans les provinces. Le tableau 2 nous apprend que le nombre de jours d'hospitalisation était plus élevé lorsqu'il y avait diagnostic principal de trouble de l'humeur, de psychose et de trouble organique (démence, délire). Dans le cas des troubles mentaux comorbides, les troubles organiques, les troubles d'utilisation de substances et les troubles de l'humeur (démence, délire) étaient ceux qui étaient associés au nombre de jours d'hospitalisation le plus élevé. Dans le cas de certaines hospitalisations, on avait diagnostiqué plus d'un trouble mental, de sorte que le nombre total de jours est inférieur à la somme des chiffres indiqués. Dans toutes les provinces, les pourcentages de jours d'hospitalisation associés aux diagnostics de troubles d'anxiété et de troubles de la personnalité sont peu élevés. Le pourcentage de jours d'hospitalisation associé à un diagnostic de trouble organique comorbide va de 2,4 % dans les Territoires du Nord-Ouest à 9,6 % en Alberta. Dans le cas des troubles de l'humeur et des psychoses, le pourcentage varie d'une province à l'autre, tandis qu'il est plus élevé dans les territoires pour ce qui est des problèmes d'abus de substances.

Figure 7
Pourcentage de jours d'hospitalisation en hôpital de soins de courte durée avec diagnostic de trouble mental (diagnostic principal ou trouble comorbide), par province, tous âges confondus, Canada, 2003-2004



Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Figure 8
Pourcentage de jours d'hospitalisation en hôpital de soins de courte durée avec diagnostic de trouble mental comorbide, par région sociosanitaire et par province, tous âges confondus, Canada, 2003-2004



Nota : Tous les âges sont inclus, mais on a exclu 16 220 dossiers qui ne pouvaient être associés à une région sociosanitaire. Les hospitalisations avec diagnostic principal de trouble mental ne sont pas incluses. Chaque carré représente une région sociosanitaire. On trouvera au tableau B de l'annexe certaines données hospitalières par région sociosanitaire.
Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Durée du séjour dans le cas des hospitalisations avec diagnostic de trouble mental, par province et par région sociosanitaire

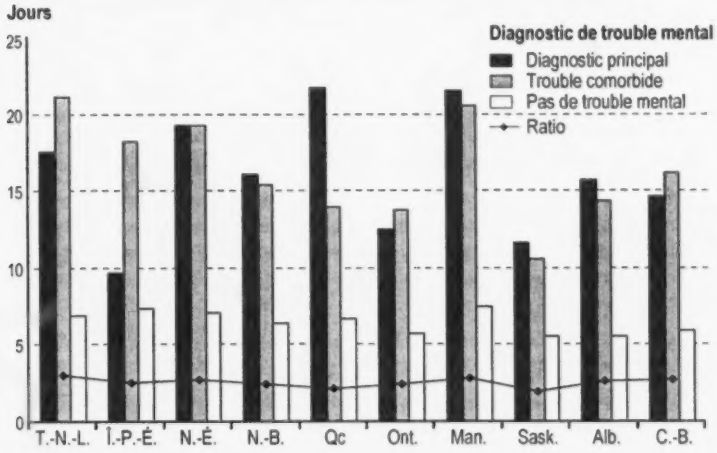
Tandis que le nombre de jours d'hospitalisation permet de mesurer indirectement le fardeau associé aux diagnostics de trouble mental pour le réseau des hôpitaux de soins de courte durée, le nombre moyen de jours par hospitalisation fournit une indication de l'intensité d'utilisation des services hospitaliers par patient. Les diagnostics de trouble mental comorbide semblent avoir une incidence importante sur l'utilisation des services hospitaliers durant l'hospitalisation. La durée moyenne du séjour lorsqu'il y a un diagnostic de trouble mental comorbide est deux fois plus longue qu'en l'absence de diagnostic de trouble mental. On observe à peu près la même chose dans toutes les provinces. Le ratio du nombre moyen de jours d'hospitalisation par congé lorsqu'il existe un trouble mental comorbide au nombre moyen de jours d'hospitalisation en l'absence d'un tel trouble va de 1,9 en Saskatchewan à 3,0 à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 9, ligne horizontale).

Également, le ratio du nombre de jours d'hospitalisation par congé lorsqu'il existe un trouble mental comorbide au nombre moyen de jours d'hospitalisation en l'absence d'un tel trouble varie entre régions sociosanitaires à l'intérieur d'une même province (figure 10). Ainsi, en Colombie-Britannique, il va de 1,6 à plus de 3,2. Les données relatives aux régions sociosanitaires au tableau B de l'annexe peuvent servir à déterminer les régions sociosanitaires.

Fardeau global des troubles mentaux à titre d'états comorbides, selon les principaux types de maladie

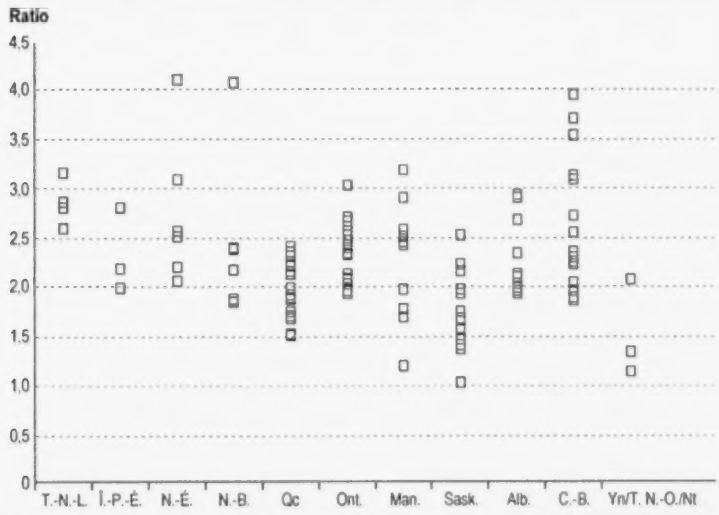
Pour mieux comprendre le fardeau associé aux troubles mentaux comorbides, nous avons examiné les écarts de durée de l'hospitalisation selon qu'un trouble mental comorbide avait été diagnostiqué ou non, en fonction des principaux types de maladie. Ces derniers ont été établis en fonction du diagnostic principal pour chaque hospitalisation, selon les définitions énoncées dans les chapitres de la CIM-10-CA (tableau 3). Étant donné qu'on ne peut faire un bon recoupement entre les chapitres de la CIM-9 et

Figure 9
Durée moyenne du séjour, selon la présence de diagnostic de trouble mental et la province, tous âges confondus, Canada, territoires non compris, 2003-2004



Nota : Ratio du nombre moyen de jours par hospitalisation avec trouble mental comorbide au nombre moyen de jours par hospitalisation en l'absence de trouble mental comorbide.
Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Figure 10
Ratio de la durée moyenne des hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide à celle des hospitalisations sans trouble mental comorbide, par région sociosanitaire, tous âges confondus, Canada, 2003-2004



Nota : Tous les âges sont inclus, mais on a exclu 16 220 dossiers qui ne pouvaient être associés à une région sociosanitaire. Les hospitalisations avec diagnostic principal de trouble mental ne sont pas incluses. Chaque carré représente une région sociosanitaire. On trouvera au tableau B de l'annexe certaines données hospitalières par région sociosanitaire.
Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

ceux de la CIM-10-CA, cette analyse n'inclut pas le Manitoba et le Québec, car les hospitalisations dans ces provinces ont été codées d'après la CIM-9 et la CIM-9-MC en 2003-2004.

Nous présentons le pourcentage de jours d'hospitalisation avec un diagnostic de trouble mental comorbide, le nombre moyen de jours d'hospitalisation avec et sans diagnostic de trouble mental comorbide ainsi que le ratio de la durée du séjour pour les hospitalisations avec et sans diagnostic de trouble mental comorbide (tableau 3). Ces résultats sont exposés par groupe d'âge, car la durée du séjour dépend en grande partie de l'âge en raison de différences observées précédemment dans le présent rapport. (On trouvera au tableau C de l'annexe une analyse similaire reposant sur les hospitalisations plutôt que sur les jours d'hospitalisation.)

La proportion de jours d'hospitalisation associés à un diagnostic de trouble mental comorbide a été en moyenne de 15,1 % dans les provinces comprises dans notre analyse. La proportion de ces jours allait de 2,0 % pour les hospitalisations liées à la grossesse à 29,2 % pour les hospitalisations en raison de maladies nerveuses. Parmi les autres principaux types de maladie avec diagnostic de trouble mental comorbide, il convient de mentionner les maladies infectieuses et parasitaires (20,7 %), les maladies métaboliques (22,4 %), les maladies respiratoires (18,7 %), les maladies de la peau (18,1 %) ainsi que les blessures et les empoisonnements (21,7 %).

La proportion de jours d'hospitalisation par chapitre donné de la CIM-10-CA qui sont associés à un diagnostic de trouble mental comorbide allait de 4,4 % pour les personnes de 19 ans et moins à 18,5 % pour celles de 65 ans et plus. Pour certains chapitres d'hospitalisations, on risquait davantage d'observer un trouble mental comorbide dans certains groupes d'âge. Par exemple, en ce qui touche les maladies respiratoires, la proportion de jours d'hospitalisation que l'on peut associer à un diagnostic de trouble mental augmentait avec l'âge, passant de 3,0 % à 20,8 %. Par contre, dans le cas des maladies de peau, le pourcentage de jours d'hospitalisation en cas de trouble mental comorbide était comparable chez les personnes âgées de 20 à 65 ans. Les pourcentages de jours par chapitre observés étaient généralement peu élevés dans le cas du groupe des personnes âgées de 19 ans et moins.

Tableau 3
Caractéristiques reliées aux jours d'hospitalisation avec et sans diagnostic de trouble mental comorbide, selon les principaux types de maladie (chapitres du CIM-10-CA) et le groupe d'âge, Canada, en excluant le Manitoba et le Québec, 2003-2004

	% de jours d'hospitalisation avec diagnostic de trouble mental					Durée moyenne du séjour, hospitalisations sans diagnostic de trouble mental					Durée moyenne du séjour, hospitalisations avec diagnostic de trouble mental					Ratio[2]				
Chapitre de la CIM-10-CA	0 à 19 ans	20 à 39 ans	40 à 64 ans	65 ans et plus	Total	0 à 19 ans	20 à 39 ans	40 à 64 ans	65 ans et plus	Total	0 à 19 ans	20 à 39 ans	40 à 64 ans	65 ans et plus	Total	0 à 19 ans	20 à 39 ans	40 à 64 ans	65 ans et plus	Total
Tous les chapitres	4,4	8,0	13,5	18,5	15,1	3,7	3,0	5,4	8,6	5,8	6,8	7,2	11,5	18,1	14,5	1,8	2,4	2,1	2,1	2,5
1 Maladies infectieuses et parasitaires	4,4	22,9	24,7	22,6	20,7	3,1	6,0	8,4	10,5	6,8	11,8	14,3	20,3	18,6	18,1	3,9	2,4	2,4	1,8	2,7
2 Tumeurs	5,9	5,5	7,1	10,8	9,1	9,6	5,4	6,7	10,1	8,3	25,6	18,5	16,7	22,2	20,3	2,7	3,4	2,5	2,2	2,5
3 Maladies du sang	3,2	9,9	11,4	13,8	11,5	4,9	4,8	5,5	7,1	6,0	9,5	9,7	10,6	12,5	11,6	1,9	2,0	1,9	1,8	1,9
4 Maladies métaboliques	7,6	17,3	20,7	25,5	22,4	4,2	4,5	7,0	9,8	7,5	8,1	8,3	13,2	17,9	15,0	1,9	1,8	1,9	1,8	2,0
6 Maladies du système nerveux	11,7	20,8	27,6	35,0	29,2	4,9	5,7	7,3	9,1	7,3	6,8	10,0	15,2	22,4	17,1	1,4	1,7	2,1	2,5	2,3
7 Maladies de l'œil	1,0	4,1	3,2	11,7	6,5	3,2	1,9	1,8	2,1	2,1	3,2	4,0	3,5	10,8	7,4	1,0	2,2	2,0	5,1	3,5
8 Maladies de l'oreille	0,9	6,3	6,6	10,5	7,2	2,0	1,7	2,1	4,0	2,6	1,7	3,8	4,8	7,3	5,8	0,8	2,2	2,2	1,8	2,2
9 Maladies de l'appareil circulatoire	9,1	17,7	10,3	15,4	14,2	5,1	4,9	5,9	8,5	7,5	15,9	11,8	11,2	18,3	16,3	3,1	2,4	1,9	2,2	2,2
10 Maladies de l'appareil respiratoire	3,0	14,9	20,8	20,8	18,7	2,6	3,6	6,6	9,1	6,3	7,5	7,9	12,2	15,3	13,9	2,9	2,2	1,8	1,7	2,2
11 Maladies de l'appareil digestif	2,8	9,5	12,8	14,0	12,4	3,2	3,8	5,0	6,9	5,3	5,8	7,5	9,8	13,6	11,1	1,8	2,0	2,0	2,0	2,1
12 Maladies de la peau	3,8	19,3	17,8	20,0	18,1	3,5	5,5	8,6	10,4	7,9	6,7	8,5	15,1	20,6	15,6	1,9	1,5	1,7	2,0	2,0
13 Maladies du système ostéo-articulaire et des muscles	5,4	12,3	8,7	14,0	12,1	4,0	3,2	4,6	7,6	5,8	7,9	12,2	12,2	20,2	16,8	2,0	3,8	2,6	2,7	2,9
14 Maladies de l'appareil génito-urinaire	1,8	4,5	6,9	18,8	12,5	3,3	2,7	3,4	5,9	4,0	5,5	6,2	10,0	14,3	12,5	1,6	2,3	3,0	2,4	3,1
15 Grossesse	2,7	1,9	2,4	[1]	2,0	2,6	2,6	2,8	[1]	2,6	3,4	4,8	5,6	[1]	4,7	1,3	1,8	2,0	[1]	1,8
16 Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,2	[1]	[1]	[1]	[1]	9,9	3,6	3,9	[1]	9,9	58,8	[1]	[1]	[1]	[1]	[1]	[1]	[1]	[1]	[1]
17 Maladies congénitales	4,0	4,8	19,1	14,8	6,0	6,8	5,0	5,3	7,0	6,4	23,5	9,0	29,5	19,8	22,3	3,5	1,8	5,5	2,8	3,5
18 États morbides mal définis	7,6	16,2	14,4	24,3	20,3	2,6	2,5	3,2	5,6	4,1	4,8	4,7	5,3	13,4	9,6	1,8	1,9	1,7	2,4	2,3
19 Lésions traumatiques et empoisonnements	8,1	18,3	19,2	24,9	21,7	2,9	4,0	5,4	10,3	6,5	4,2	5,5	9,3	19,5	12,5	1,4	1,4	1,7	1,9	1,9
20 Classification supplémentaire	9,6	9,7	16,4	22,3	19,6	3,4	2,5	7,3	13,8	7,9	16,2	14,3	23,4	29,8	26,9	4,8	5,8	3,2	2,2	3,4

[1] Chiffre trop faible pour être publié (moins de six hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide).
[2] Ratio du nombre moyen de jours par hospitalisation avec trouble mental comorbide au nombre moyen de jours par hospitalisation en l'absence de trouble mental comorbide.
Nota : La présente analyse porte uniquement sur les dossiers codés selon la CIM-10-CA, de sorte que 747 510 hospitalisations au Québec et au Manitoba, codées d'après la CIM-9 et la CIM-9-MC en 2003-2004, ont été exclues. On a exclu les observations avec diagnostic principal de trouble mental au Canada sans le Québec et le Manitoba (111 986). Dès lors, l'analyse a compris 1 852 037 hospitalisations pour 2003-2004, soit 68,3 % du total (2 711 533 moins 747 510, moins 111 986). Il y a aussi 403 dossiers compris dans le dénominateur ainsi que des données non présentées qui correspondent à des éléments morphologiques additionnels. Le nombre de jours d'hospitalisation par groupe d'âge était respectivement de 745 000, 1 413 000, 2 928 000 et 6 760 000, soit au total 11 846 000.
Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Afin de résumer les différences touchant la durée du séjour, nous présentons un ratio des hospitalisations avec diagnostic de trouble mental aux hospitalisations sans diagnostic de trouble mental (tableau 3). Les ratios les plus élevés sont ceux des hospitalisations où le diagnostic principal a trait aux maladies de l'œil (3,5) et aux maladies congénitales (3,5). Les hospitalisations étaient généralement plus longues lorsqu'il existait un trouble mental comorbide, et ce, pour tous les groupes d'âge. Font toutefois exception à cet égard les maladies de l'œil et de l'oreille pour les personnes les plus jeunes. Au total, la durée moyenne du séjour était 2,5 fois plus longue lorsqu'il y avait un trouble mental comorbide qu'en l'absence de celui-ci. L'incidence de la comorbidité était relativement uniforme d'un groupe d'âge à l'autre, le ratio allant de 1,8 à 2,1.

On trouvera aux tableaux de l'annexe D, E et F une répartition au niveau des provinces d'après la CIM-10-CA.

Pour mieux comprendre le fardeau des troubles mentaux comorbides, nous nous sommes penchés sur les différents chapitres relatifs aux maladies d'après les principaux diagnostics de trouble mental (tableau 4). Le pourcentage de jours d'hospitalisation associés aux divers troubles mentaux varie selon le chapitre. Par exemple, 4,9 % des jours d'hospitalisation en raison de maladies de la peau présentent des problèmes d'abus de substances comme trouble comorbide, comparativement à 1,9 seulement pour les maladies de l'appareil circulatoire. Les chapitres sur les maladies pour lesquels plus de 18 % des jours d'hospitalisation étaient associés à des troubles mentaux comorbides étaient les suivants : maladies infectieuses; maladies métaboliques; troubles mentaux; maladies du système nerveux; maladies de l'appareil respiratoire; maladies de la peau; lésions traumatiques et empoisonnements; et états morbides mal définis. Précisons que le total obtenu est inférieur à la somme de ces sept catégories, car, dans le cas de certaines hospitalisations, on a diagnostiqué plus d'un trouble mental comorbide. Le tableau G de l'annexe présente des données semblables portant sur les hospitalisations plutôt que sur les jours d'hospitalisation.

Tableau 4
Pourcentage de jours d'hospitalisation avec diagnostic de trouble mental comorbide, par chapitre de la CIM-10-CA et par type de trouble mental comorbide, Canada, en excluant le Manitoba et le Québec, 2003-2004

Chapitre de la CIM-10-CA		Nombre total de jours (milliers)	Type de trouble mental							
			Troubles organiques	Troubles d'utilisation de substances	Psychoses	Troubles de l'humeur	Troubles de l'anxiété	Troubles de la personnalité	Autres	Ensemble de troubles mentaux comorbides
	Tous les chapitres	**11 846**	**7,6**	**2,6**	**0,7**	**3,9**	**1,3**	**0,3**	**1,0**	**15,1**
1	Maladies infectieuses et parasitaires	235	10,3	4,7	0,8	5,1	1,5	0,3	1,6	20,7
2	Tumeurs	1 236	4,1	1,2	0,6	2,5	1,1	0,1	0,6	9,1
3	Maladies du sang	117	4,8	2,0	0,5	3,3	0,9	0,2	0,8	11,5
4	Maladies métaboliques	396	11,0	3,2	1,1	7,0	1,5	0,5	1,7	22,4
6	Maladies du système nerveux	257	15,4	4,5	1,7	7,4	1,9	0,5	2,5	29,2
7	Maladies de l'œil	15	3,1	1,3	0,7	1,6	0,3	†	0,4	6,5
8	Maladies de l'oreille	16	1,6	0,5	0,2	2,3	2,4	†	0,6	7,2
9	Maladies de l'appareil circulatoire	2 217	8,1	1,9	0,5	3,6	1,1	0,1	0,6	14,2
10	Maladies de l'appareil respiratoire	1 219	9,3	3,2	1,0	4,2	2,4	0,2	1,1	18,7
11	Maladies de l'appareil digestif	1 187	4,4	3,8	0,5	3,2	1,0	0,3	0,9	12,4
12	Maladies de la peau	165	6,9	4,9	1,0	4,7	1,3	0,9	1,1	18,1
13	Maladies du système ostéo-articulaire et des muscles	614	5,5	2,0	0,5	3,8	1,2	0,2	0,6	12,1
14	Maladies de l'appareil génito-urinaire	513	7,9	1,1	0,6	3,0	0,7	0,1	0,5	12,5
15	Grossesse	699	0,0	0,9	0,1	0,6	0,4	0,1	0,3	2,0
16	Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	118	†	†	†	†	†	†	†	†
17	Maladies congénitales	63	0,6	1,3	0,2	1,6	0,4	†	2,3	6,0
18	États morbides mal définis	572	9,8	3,0	0,7	5,8	2,4	0,7	1,5	20,3
19	Lésions traumatiques et empoisonnements	1 182	11,9	4,5	0,9	4,9	1,2	0,6	1,2	21,7
20	Classification supplémentaire	1 019	10,9	2,3	0,8	5,6	1,7	0,3	1,5	19,6

† Chiffre trop faible pour être publié (moins de six hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide).

Notes : La présente analyse porte uniquement sur les dossiers codés selon la CIM-10-CA, de sorte que 747 510 hospitalisations au Québec et au Manitoba, codées d'après la CIM-9 et la CIM-9-MC en 2003-2004, ont été exclues. On a exclu les observations avec diagnostic principal de trouble mental au Canada sans le Québec et le Manitoba (111 986). Dès lors, l'analyse a compris 1 852 037 hospitalisations pour 2003-2004, soit 68,3 % du total (2 711 533 moins 747 510, moins 111 986). Il y a aussi 403 dossiers compris dans le dénominateur ainsi que des données non présentées qui correspondent à des éléments morphologiques additionnels. Le pourcentage pour la catégorie « Ensemble des troubles mentaux comorbides » est inférieur à la somme des sept catégories parce que, pour certaines hospitalisations, on a diagnostiqué plus d'un trouble mental.

Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Résumé

Pour résumer brèvement les personnes ayant reçu au moins une fois leur congé d'un hôpital de soins de courte durée avec un trouble mental représentent un peu moins de 1 % des Canadiens; par contre, ils représentent une fraction disproportionnée du nombre de personnes hospitalisées (12,8 %). Au total, 29 % des jours d'hospitalisation (3,3 millions de jours) étaient associés à un diagnostic de trouble mental et plus de la moitié de ces jours d'hospitalisation, à un diagnostic de trouble mental comorbide. La durée moyenne du séjour dans le cas des hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide était deux fois plus longue qu'en l'absence d'un tel diagnostic.Ce résultat vaut à peu de choses près pour tous les groupes d'âge, pour la plupart des chapitres et pour la plupart des provinces. Il en ressort que les personnes ayant des troubles mentaux engendrent un lourd fardeau pour le système de soins de santé.

Partie 2 – Caractéristiques des personnes hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental

Les résultats présentés jusqu'ici font clairement ressortir l'importance du fardeau engendré par les troubles mentaux sur le plan des hospitalisations en hôpital de soins de courte durée, que ces troubles constituent le diagnostic principal ou des états comorbides. Il importe donc de connaître cette population de patients et les facteurs pouvant concourir à ce fardeau plus lourd au chapitre des services hospitaliers. Les données probantes recueillies jusqu'ici laissent penser que différents facteurs de risque sont souvent plus présents chez les personnes atteintes de troubles mentaux. En comparaison avec les personnes sans troubles mentaux, les personnes présentant un trouble mental sont généralement moins susceptibles d'être mariées[26,40,41], plus susceptibles d'avoir un faible revenu ou d'être sans emploi [28,29,40,41], plus susceptibles d'être fumeurs[12,29,42,43,44,45,46], et, parfois, plus susceptibles de faire de l'embonpoint ou d'être obèses[43,44,47,48,49,50]. De plus, on observe chez ces personnes une plus grande prévalence de plusieurs problèmes de santé chroniques, en particulier la douleur chronique, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et les troubles respiratoires[12,13,14]. Ces facteurs sont souvent associés à un recours accru aux services hospitaliers, et cela peut donc être le cas pour cette population particulière de patients.

Dans la seconde partie de notre étude, nous avons utilisé des données d'enquête couplées avec des données hospitalières afin de mettre en lumière les facteurs associés aux hospitalisations futures avec diagnostic de trouble mental. Plus précisément, nous avons procédé au couplage de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de données administratives des hôpitaux. (L'encadré « Sources de données » fournit de plus amples renseignements à ce sujet.) Ce couplage de données d'enquête et de données sur les admissions à l'hôpital nous donne la possibilité unique d'examiner un ensemble détaillé de caractéristiques pouvant être associées aux hospitalisations avec diagnostic de trouble mental. Certaines caractéristiques — démographiques, socioéconomiques et liées à l'état de santé, aux comportements influant sur la santé et à l'expérience des soins de santé — ont été définies à l'égard des répondants à l'enquête selon qu'ils ont ou non été hospitalisés pour des raisons liées à un problème de santé mentale dans les quatre années suivant leur participation. Toutes les variables examinées sont récapitulées aux tableaux 5 à 8.

Sources de données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) permet de recueillir de façon continue des données transversales sur la santé des Canadiens et sur le recours aux soins de santé. Elle couvre la population à domicile de 12 ans et plus ne vivant pas en établissement dans l'ensemble des provinces et des territoires, sauf les membres réguliers des Forces armées canadiennes et les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes (militaires et civils) et de certaines régions éloignées. La méthodologie a déjà été décrite ailleurs[51]. Le taux global de réponse à l'ESCC de 2000-2001 a été de 85 % et la taille totale de l'échantillon, de 131 535.

Couplage des données d'enquête et des données hospitalières

Les données de l'ESCC (cycle 1.1) ont été couplées selon la personne avec la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) (2000-2001 à 2004-2005) au moyen d'une méthode de couplage probabiliste. Des données d'identification uniques, comme le numéro d'assurance-maladie, le code postal, la date de naissance et l'âge, ont été utilisées dans le cadre du processus de couplage. Les données hospitalières figurant sur les dossiers des résidents du Québec étaient insuffisantes pour être couplées, de sorte que les 22 667 répondants (17,2 %) à l'ESCC dans cette province ont été exclus. Parmi les 108 868 autres répondants, 90 450 avaient donné leur autorisation en vue du couplage de leurs données d'enquête à des données administratives. Des algorithmes de vérification de chiffres ont été utilisés pour confirmer la plausibilité du numéro d'assurance-maladie qu'ils avaient fourni; 72 363 personnes ont donné un numéro plausible, ce qui était nécessaire pour que l'on puisse procéder au couplage, et elles ont donc été incluses dans notre analyse. Bref, le couplage a été effectué uniquement pour les répondants à l'ESCC résidant ailleurs qu'au Québec, ayant consenti au couplage de leurs données d'enquête avec d'autres sources d'information sur la santé et ayant fourni un numéro d'assurance-maladie utilisable. Le couplage a été fait par Statistique Canada. Des renseignements complémentaires sur le processus de couplage sont fournis ailleurs[30]. Une publication récente où l'on évaluait le couplage entre l'ESCC et la base de données de l'ISOP faisait état d'une couverture élevée dans le cas de la population âgée de moins de 75 ans[52].

Tableau 5
Certaines caractéristiques socioéconomiques et démographiques, 2000-2001, d'après les admissions à l'hôpital à l'intérieur de la période de suivi de quatre ans, population à domicile âgée de 12 ans et plus, Canada, en excluant les territoires et le Québec

	Au moins une hospitalisation avec diagnostic principal de trouble mental (n=227 000)				Au moins une hospitalisation avec diagnostic de trouble mental comorbide (n=282 000)				Hospitalisations sans diagnostic de trouble mental (n=2 616 000)				Aucune hospitalisation (n=16 253 000)			
		Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe				Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe				Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe				Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe		
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques socio-économiques et démographiques	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à
Quintile de revenu du ménage																
Inférieur	16	8,7*	6,3	11,1	14	7,0[†]	3,8	10,2	83	3,7	3,1	4,2	431	3,0	2,7	3,2
Intermédiaire inférieur	35	17,4*	13,2	21,6	32	12,8	9,0	16,6	223	8,5	7,4	9,7	922	6,4*	6,1	6,8
Intermédiaire	58	28,2	22,5	33,9	82	28,7	22,7	34,7	593	21,8	20,4	23,2	2915	20,6	20,0	21,2
Intermédiaire supérieur	59	29,2	24,2	34,2	73	27,6*	22,1	33,1	788	35,8	34,1	37,5	5098	35,0	34,3	35,8
Supérieur	31	16,5*	11,3	21,7	43	24,0[†]	16,1	31,8	594	30,1	28,3	31,9	5180	34,9*	34,1	35,7
Niveau de scolarité																
Études secondaires complètes ou partielles	93	40,0*	34,6	45,3	130	42,8*	36,0	49,6	870	29,2	27,7	30,7	4191	26,6*	26,1	27,1
Études postsecondaires partielles	60	27,2	21,9	32,5	59	25,6	18,8	32,3	703	28,9	27,2	30,5	4687	28,8	28,1	29,4
Diplôme d'études postsecondaires	71	32,8*	28,2	37,5	88	31,6*	25,4	37,9	1022	41,9	40,0	43,7	7257	44,6*	44,0	45,3
État civil																
Marié / conjoint de fait	97	43,2*	38,5	48,0	143	47,3*	40,4	54,1	1674	61,8	60,0	63,6	9398	58,9*	58,3	59,5
Veuf	20	6,2	4,9	7,6	67	8,2*	6,7	9,7	336	5,8	5,4	6,1	521	4,2*	4,0	4,5
Séparé/divorcé	25	11,9*	9,3	14,4	32	14,2*	9,9	18,4	208	7,8	7,0	8,7	1050	6,6*	6,3	6,8
Célibataire (jamais marié)	85	38,7*	34,5	42,8	40	30,4	24,1	36,7	397	24,6	22,9	26,3	5274	30,3*	29,9	30,8
Statut d'immigrant																
Immigrant	38	16,1	11,8	20,3	57	19,9[†]	12,3	27,5	547	16,9	15,2	18,6	3822	24,1*	23,4	24,8
Non-immigrant	189	83,9	79,7	88,2	225	80,1	72,5	87,7	2067	83,1	81,4	84,8	12428	75,9*	75,2	76,6
Race																
Blanche	202	89,0	85,4	92,5	262	85,3	78,1	92,5	2394	89,9	88,2	91,6	13411	83,1*	82,4	83,8
Non blanche	16	7,4[†]	4,2	10,7	14	F	‡	‡	189	8,6	6,9	10,3	2629	15,8*	15,0	16,5
Autochtone	8	3,6*[†]	2,2	5,0	6	4,4*[†]	2,3	6,4	29	1,5	1,1	1,8	193	1,1	1,0	1,2
Région rurale																
Oui	39	16,5*	13,2	19,8	45	15,9*	12,2	19,7	555	21,6	20,2	23,0	2937	18,1*	17,4	18,8
Non	188	83,5*	80,2	86,8	237	84,1*	80,3	87,8	2062	78,4	77,0	79,8	13316	81,9*	81,2	82,6

‡ Chiffre trop faible pour être publié (moins de six hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide).
* Différence significative par rapport au pourcentage observé parmi le groupe de personnes hospitalisées sans diagnostic de trouble mental.
† à utiliser avec prudence
F trop peu fiable pour être publiée
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, données couplées selon la personne avec l'Information-santé orientée vers la personne pour les exercices 2000-2001 à 2004-2005.

Résultats

Les personnes hospitalisées à au moins une reprise avec un diagnostic de trouble mental tendaient à faire partie de groupes socio-économiques moins favorisés que celles hospitalisées pour d'autres causes

Il était plus courant que les personnes hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental aient un niveau de scolarité peu élevé. Ainsi, dans le cas des hospitalisations survenues au cours des quatre années ayant suivi l'ESCC, le niveau de scolarité le plus élevé atteint n'excédait pas les études secondaires chez 42,8 % des personnes admises avec un diagnostic de trouble mental comorbide (tableau 5); dans le cas des autres personnes admises à l'hôpital, cette proportion était de 29,2 %.

On observait une situation semblable au chapitre du revenu. Par rapport aux autres personnes hospitalisées, celles ayant reçu un diagnostic de trouble mental étaient plus souvent des personnes à faible revenu. Environ 8,7 % des personnes hospitalisées avec un diagnostic principal de trouble mental et 7,0 % de celles avec un diagnostic de trouble mental comorbide faisaient partie du quintile de revenu inférieur, contre 3,7 % pour le groupe témoin (tableau 5).

Les personnes hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental étaient moins susceptibles d'être mariées ou conjoints

Tableau 6
Certains comportements influant sur la santé et facteurs de risque en 2000-2001, d'après les admissions à l'hôpital à l'intérieur de la période de suivi de quatre ans, population à domicile âgée de 12 ans et plus, Canada, en excluant les territoires et le Québec

	Au moins une hospitalisation avec diagnostic principal de trouble mental (n=227 000)				Au moins une hospitalisation avec diagnostic de trouble mental comorbide (n=282 000)				Hospitalisations sans diagnostic de trouble mental (n=2 616 000)				Aucune hospitalisation (n=16 253 000)			
		Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe				Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe				Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe				Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe		
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %	
Comportements influant sur la santé et facteurs de risque	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à
Usage du tabac																
N'a jamais fumé	51	21,3*	17,1	25,5	65	21,8*	16,9	26,8	786	30,8	29,0	32,5	6 348	38,7*	38,0	39,3
Ancien fumeur	65	27,0*	22,8	31,3	123	30,2*	22,9	37,5	1 221	40,8	39,0	42,6	5 892	37,5*	36,9	38,1
Fumeur	110	51,7*	46,3	57,1	92	48,0*	41,7	54,3	607	28,4	26,7	30,1	3 988	23,8*	23,2	24,4
Consommation d'alcool																
Buveur régulier	102	46,5*	41,3	51,6	125	55,2	48,8	61,7	1 303	54,0	52,2	55,7	9 323	57,1*	56,4	57,8
Buveur occasionnel	49	22,4	17,6	27,2	57	19,6	15,0	24,2	586	22,8	21,4	24,3	3 203	19,8*	19,3	20,3
Non-buveur	75	31,2*	25,5	36,8	100	25,2	20,5	29,8	724	23,2	21,9	24,6	3 691	23,1	22,5	23,7
Indice de masse corporelle																
Insuffisance pondérale	24	10,4	7,3	13,4	35	13,3	9,0	17,6	214	9,9	8,6	11,3	1 966	11,9*	11,5	12,3
Poids normal	100	44,1	38,2	50,0	106	40,3	32,9	47,6	978	39,3	37,4	41,1	6 861	43,1*	42,5	43,8
Embonpoint	67	30,4	25,4	35,5	86	28,1	22,7	33,6	854	30,9	29,3	32,6	4 833	31,1	30,5	31,7
Obésité	32	15,1E	10,4	19,7	47	18,3	13,2	23,4	504	19,9	18,4	21,3	2 183	13,9*	13,4	14,4
Consommation de fruits et de légumes																
Au moins cinq portions par jour	150	68,5	63,2	73,9	172	65,6	59,6	71,6	1 627	66,5	65,0	68,1	10 327	63,6*	62,9	64,3
Moins de cinq portions par jour	71	31,5	26,1	36,8	105	34,4	28,4	40,4	962	33,5	31,9	35,0	5 770	36,4*	35,7	37,1
Sentiment d'appartenance à la communauté																
Faible	97	48,5*	42,9	54,1	100	45,7	38,1	53,4	866	37,2	35,3	39,1	6 032	38,7	38,0	39,4
Autre que faible	106	51,5*	45,9	57,1	142	54,3	46,6	61,9	1 596	62,8	60,9	64,7	9 337	61,3	60,6	62,0

* Différence significative par rapport au pourcentage observé parmi le groupe de personnes hospitalisées sans diagnostic de trouble mental
E à utiliser avec prudence
F trop peu fiable pour être publiée
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, données couplées selon la personne avec l'Information-santé orientée vers la personne pour les exercices 2000-2001 à 2004-2005.

de fait (diagnostic principal : 43,2 %; trouble comorbide : 47,3 %) que celles faisant partie du groupe témoin (61,8 %).

En outre, la proportion d'Autochtones parmi les personnes hospitalisées avec un diagnostic principal de trouble mental ou un diagnostic de trouble mental comorbide était plus élevée (3,6 % et 4,4 %, respectivement) que parmi celles hospitalisées sans diagnostic de trouble mental (1,5 %) (tableau 5). Par ailleurs, les personnes vivant en milieu rural étaient moins susceptibles d'être hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental que celles vivant en milieu urbain. On n'a observé aucun effet rattaché au statut d'immigrant.

Certains aspects du mode de vie, comme l'usage du tabac, étaient associés aux hospitalisations avec diagnostic de trouble mental

Un plus fort pourcentage de personnes hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental a déclaré fumer que celui des autres personnes hospitalisées sans trouble mental. Environ la moitié des personnes hospitalisées avec un trouble mental (diagnostic principal ou trouble comorbide) ont déclaré être des fumeurs, alors que cette proportion n'est que de 28,4 % chez les autres personnes hospitalisées (tableau 6).

Les non-buveurs représentaient un pourcentage plus élevé des personnes hospitalisées avec diagnostic principal de trouble mental que de celles admises à l'hôpital pour d'autres causes (31,2 % contre 23,2 %) (tableau 6).

Par ailleurs, 48,5 % des personnes hospitalisées avec diagnostic principal de trouble mental avaient un faible sentiment d'appartenance à la communauté, comparativement à 37,2 % de celles hospitalisées pour d'autres causes (tableau 6).

En ce qui touche l'indice de masse corporelle, la distribution semble la même entre les différents groupes de personnes hospitalisées (tableau 6).

Tableau 7
Certaines caractéristiques de l'état de santé, 2000-2001, d'après les admissions à l'hôpital à l'intérieur de la période de suivi de quatre ans, population à domicile âgée de 12 ans et plus, Canada, en excluant les territoires et le Québec

	Au moins une hospitalisation avec diagnostic principal de trouble mental (n=227 000)				Au moins une hospitalisation avec diagnostic de trouble mental comorbide (n=282 000)				Hospitalisations sans diagnostic de trouble mental (n=2 616 000)				Aucune hospitalisation (n=16 253 000)			
		Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe				Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe				Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe				Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe		
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques de l'état de santé	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à
Santé autoévaluée																
Excellente/Très bonne	71	31,6*	26,8	36,5	59	25,6*	19,6	31,5	1 092	49,5	47,6	51,3	10 710	64,7*	64,1	65,3
Bonne	67	29,9	24,9	35,0	85	32,2	25,7	38,6	819	30,2	28,4	32,0	4 082	25,6*	25,0	26,1
Passable/Mauvaise	88	38,4*	32,6	44,2	138	42,3*	36,4	48,1	705	20,3	19,1	21,5	1 458	9,7*	9,3	10,2
Indice de l'état de santé[§]																
Incapacité grave	9	4,7*[‡]	1,9	7,6	19	6,4*[‡]	3,7	9,1	38	1,4	1,0	1,8	54	0,5*	0,4	0,7
Entre grave et modérée	48	25,1*	19,1	31,1	65	23,5*	18,2	28,7	287	11,9	10,9	12,9	668	5,9*	5,5	6,3
Incapacité modérée	25	13,7*	9,6	17,7	32	12,8*[‡]	8,0	17,6	185	6,7	5,8	7,6	514	4,6*	4,2	4,9
Incapacité légère	39	19,1	15,2	22,9	57	24,8	18,6	31,1	495	22,2	20,7	23,6	2 280	19,9*	19,3	20,6
Entre légère et nulle	47	23,6	18,6	28,6	40	18,2*	13,4	23,0	569	29,9	28,0	31,9	4 067	34,1*	33,4	34,8
Incapacité nulle	26	13,9*	10,2	17,5	36	14,2*	10,8	17,7	609	27,9	26,1	29,6	3 992	34,9*	34,1	35,7
Nombre de troubles comorbides[†]																
Aucun	91	41,3	36,0	46,5	51	30,1*	23,8	36,4	885	45,9	44,2	47,7	10 503	62,3*	61,7	63,0
Un	64	29,2	23,8	34,5	80	30,2	23,0	37,3	716	27,5	25,9	29,1	3 650	23,0*	22,5	23,6
Deux	37	16,0	12,8	19,2	60	18,5	13,8	23,1	500	14,8	13,7	15,9	1 392	9,5*	9,1	9,9
Trois ou plus	35	13,6	10,7	16,4	91	21,3*	17,3	25,3	514	11,8	11,0	12,5	709	5,2*	4,9	5,5
Déprimé																
Oui	65	33,9*	27,9	39,8	32	19,9*	14,5	25,4	203	10,2	9,1	11,3	1 253	7,8*	7,4	8,2
Non	143	66,1*	60,2	72,1	229	80,1*	74,6	85,5	2 290	89,8	88,7	90,9	14 324	92,2*	91,8	92,6
A pris des antidépresseurs																
Oui	36	17,1*	12,7	21,5	17	7,7*[‡]	3,2	12,1	70	2,7	2,2	3,2	304	1,9*	1,7	2,1
Non	190	82,9*	78,5	87,3	265	92,3*	87,9	96,8	2 545	97,3	96,8	97,8	15 946	98,1*	97,9	98,3
Stress autoévalué																
Aucun	56	24,9	20,3	29,4	110	26,2	20,1	32,4	987	31,8	30,0	33,6	4 716	34,1	33,5	34,8
Moyen	64	31,4	25,8	37,0	89	41,0	34,1	47,8	921	41,0	39,2	42,8	6 261	42,2	41,5	42,9
Élevé	83	43,7*	37,4	50,1	76	32,8	26,6	39,0	601	27,3	25,6	28,9	3 519	23,6*	23,0	24,3
Diabète																
Oui	15	6,8[‡]	4,3	9,3	44	11,5*	8,5	14,6	277	7,1	6,4	7,8	483	3,4*	3,2	3,7
Non	211	93,2	90,7	95,7	238	88,5*	85,4	91,5	2 338	92,9	92,2	93,6	15 764	96,6*	96,3	96,8
Arthrite																
Oui	53	21,3	17,9	24,7	123	30,6*	26,0	35,1	861	22,2	21,1	23,2	2 219	15,4*	14,9	15,9
Non	174	78,7	75,3	82,1	159	69,4*	64,9	74,0	1 753	77,8	76,8	78,9	14 018	84,6*	84,1	85,1
MPOC																
Oui	7	2,6[‡]	1,0	4,2	19	3,9*[‡]	2,4	5,4	72	1,4	1,2	1,6	77	0,6*	0,5	0,7
Non	220	97,4	95,8	99,0	262	96,1*	94,6	97,6	2 542	98,6	98,4	98,8	16 173	99,4*	99,3	99,5
Asthme																
Oui	32	14,2	10,6	17,7	43	22,2*[‡]	14,6	29,8	274	11,4	10,2	12,6	1 312	7,9*	7,6	8,2
Non	195	85,8	82,3	89,4	239	77,8*	70,2	85,4	2 341	88,6	87,4	89,8	14 934	92,1*	91,8	92,4
Maladie cardiaque																
Oui	21	7,3	5,5	9,2	70	13,2*	9,7	16,8	402	8,7	8,0	9,4	489	3,7*	3,4	4,0
Non	206	92,7	90,8	94,5	211	86,8*	83,2	90,3	2 211	91,3	90,6	92,0	15 759	96,3*	96,0	96,6
Hypertension																
Oui	41	16,4	13,2	19,6	91	21,1	16,4	25,8	686	17,1	16,1	18,2	1 664	11,9*	11,4	12,3
Non	186	83,6	80,4	86,8	191	78,9	74,2	83,6	1 928	82,9	81,8	83,9	14 569	88,1*	87,7	88,6
ACV																
Oui	7	2,6[‡]	1,6	3,5	26	4,4*[‡]	2,8	6,1	85	1,7	1,4	2,0	92	0,7*	0,6	0,9
Non	219	97,4	96,5	98,4	256	95,6*	93,9	97,2	2 530	98,3	98,0	98,6	16 159	99,3*	99,1	99,4
Cancer																
Oui	6	F	-	-	18	3,7[‡]	2,1	5,3	143	3,6	3,1	4,1	205	1,5*	1,3	1,7
Non	221	97,4	95,5	99,4	264	96,3	94,7	97,9	2 471	96,4	95,9	96,9	16 044	98,5*	98,3	98,7
Douleur																
Oui	82	36,5*	30,9	42,0	102	35,6*	30,1	41,1	766	25,6	24,3	26,9	2 288	14,6*	14,1	15,1
Non	144	63,5*	58,0	69,1	180	64,4*	58,9	69,9	1 847	74,4	73,1	75,7	13 956	85,4*	84,9	85,9

* Différence significative par rapport au pourcentage observé parmi le groupe de personnes hospitalisées sans diagnostic de trouble mental.

† Arthrite, maladie pulmonaire obstructive chronique, maladie cardiaque, cancer, hypertension, diabète.

§ L'Indice de l'état de santé, qui sert à décrire la santé fonctionnelle générale d'une personne, repose sur huit attributs : la vue, l'ouie, la parole, la mobilité (capacité de se déplacer), la dextérité (utilisation des mains et des doigts), l'état émotif (sentiments), la connaissance (pensée et mémoire) et la douleur. L'indice va de 1,00 (état normal) à 0,00 (incapacité la plus grande).

‡ à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publiée

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, données couplées selon la personne avec l'Information-santé orientée vers la personne pour les exercices 2000-2001 à 2004-2005.

Tableau 8
Certaines caractéristiques rattachées à l'utilisation des soins de santé, 2000-2001, d'après les admissions à l'hôpital à l'intérieur de la période de suivi de quatre ans, population à domicile âgée de 12 ans et plus, Canada, en excluant les territoires et le Québec

	Au moins une hospitalisation avec diagnostic principal de trouble mental (n=227 000)				Au moins une hospitalisation avec diagnostic de trouble mental comorbide (n=282 000)				Hospitalisations sans diagnostic de trouble mental (n=2 616 000)				Aucune hospitalisation (n=16 253 000)			
		Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe				Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe				Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe				Estimation pondérée normalisée selon l'âge et le sexe		
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %	
Utilisation des soins de santé	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à	Nombre pondéré (milliers)	%	de	à
Médecin régulier																
Oui	206	90,5	87,3	93,7	260	87,4	82,0	92,9	2 456	91,7	90,7	92,7	14 147	87,7*	87,3	88,1
Non	20	9,5[E]	6,3	12,7	22	12,6[E]	7,1	18,0	160	8,3	7,3	9,3	2 098	12,3*	11,9	12,7
Professionnel de la santé mentale																
Oui	94	44,7*	39,2	50,3	37	21,9*	16,1	27,7	212	10,1	9,1	11,1	1 349	8,1*	7,7	8,5
Non	131	55,3*	49,7	60,8	243	78,1*	72,3	83,9	2 394	89,9	88,9	90,9	14 858	91,9*	91,5	92,3
A déclaré des besoins de soins de santé non comblés																
Oui	54	25,9*	21,3	30,4	48	23,1	17,8	28,3	382	16,5	15,1	17,8	1 993	12,0*	11,5	12,4
Non	172	74,1*	69,6	78,7	234	76,9	71,7	82,2	2 232	83,5	82,2	84,9	14 252	88,0*	87,6	88,5
A déclaré des besoins de soins de santé mentale non comblés																
Oui	22	10,7*	7,6	13,9	5	3,2[E]	1,2	5,2	26	1,3	0,9	1,8	159	0,9	0,8	1,1
Non	204	89,3*	86,1	92,4	278	96,8	94,8	98,8	2 588	98,7	98,2	99,1	16 086	99,1	98,9	99,2
Type de professionnel de la santé dispensant les soins																
Aucun professionnel de la santé	15	8,4[E]	3,8	12,9	15	6,5[*E]	2,8	10,2	210	10,9	9,8	12,1	2 722	16,8*	16,4	17,3
Médecins seulement	86	44,3*	38,7	49,9	156	52,9*	45,8	59,9	1 659	63,9	62,0	65,7	10 025	64,5	63,8	65,1
Médecins et autres professionnels de la santé	82	45,9*	39,5	52,3	85	40,1*	32,7	47,5	593	24,3	22,7	26,0	2 780	17,6*	17,0	18,1
Aucun médecin, autres professionnels de la santé seulement	2	1,4[E]	0,6	2,3	1	F	...	...	17	0,9	0,5	1,2	187	1,1	1,0	1,3

* Différence significative par rapport au pourcentage observé parmi le groupe de personnes hospitalisées sans diagnostic de trouble mental.
[E] à utiliser avec prudence
F trop peu fiable pour être publiée
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, données couplées selon la personne avec l'Information-santé orientée vers la personne pour les exercices 2000-2001 à 2004-2005.

Les personnes ayant été hospitalisées au moins une fois avec un diagnostic de trouble mental tendent à déclarer un état de santé moins bon que les autres personnes hospitalisées

Les personnes hospitalisées avec un trouble mental (diagnostic principal ou trouble comorbide) déclaraient un état de santé moins bon que les autres personnes hospitalisées, et ce, selon plusieurs mesures, notamment l'autoévaluation d'un état de santé passable ou mauvais ou d'une incapacité (d'après l'Indice de l'état de santé) (tableau 7).

Les personnes hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental comorbide étaient plus susceptibles d'être atteintes de trois problèmes de santé chroniques ou plus que celles hospitalisées sans diagnostic de trouble mental (21,3 % contre 11,8 %) (tableau 7). Le pourcentage de personnes atteintes de certaines maladies — diabète, arthrite, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), asthme, maladie cardiaque, ACV — était également plus élevé chez les personnes hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental comorbide (tableau 7). En outre, les personnes hospitalisées avec un trouble mental étaient plus susceptibles de déclarer de la douleur (diagnostic principal : 36,5 %; trouble comorbide : 35,6 %) que les autres personnes hospitalisées (25,6 %) (tableau 7).

Ainsi que l'on pouvait s'y attendre, les personnes hospitalisées en raison d'un trouble mental étaient plus susceptibles d'être déprimées, de prendre des antidépresseurs ou de subir un fort stress au moment de l'enquête comparativement à celles hospitalisées sans avoir de trouble mental diagnostiqué.

Les personnes hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental étaient plus susceptibles de faire état de besoins de soins de santé non comblés

Les personnes hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental étaient plus susceptibles d'avoir consulté un professionnel de la santé mentale (diagnostic principal : 44,7 %; trouble comorbide : 21,9 %) que les autres personnes hospitalisées (10,1 %) (tableau 8), ce qui n'a pas lieu de surprendre. Toutefois, le pourcentage de personnes hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental ayant un médecin régulier était le même que chez les autres personnes hospitalisées (diagnostic principal : 90,5 %; trouble

Méthodes

À partir des données couplées, nous comparons les caractéristiques des personnes faisant partie des quatre groupes suivants, soit les personnes qui, au cours de la période de suivi de quatre ans :

1. ont été hospitalisées au moins une fois avec un diagnostic principal de trouble mental
2. ont été hospitalisées au moins une fois avec un diagnostic de trouble mental comorbide (mais n'ont pas été hospitalisées avec un diagnostic principal de trouble mental)
3. ont été hospitalisées mais n'ont pas eu de diagnostic de trouble mental
4. n'ont pas été hospitalisées.

Des variables ont été dérivées d'après les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et ont été regroupées dans les catégories suivantes : variables démographiques (âge, sexe, région rurale/urbaine, race); situation socioéconomique (revenu du ménage, niveau de scolarité, état civil, statut d'immigrant); état de santé (santé autoévaluée, degré d'incapacité, comorbidité, stress quotidien autoévalué, incidence des problèmes de santé, douleur); comportements influant sur la santé / facteurs de risque (usage du tabac, indice de masse corporelle); accès à des services de soins de santé (médecin régulier, besoins de soins de santé non comblés).

L'analyse descriptive menée comprend la prévalence pondérée de différents indicateurs démographiques, socioéconomiques ainsi que liés à l'état de santé et au recours à des services de soins de santé, les calculs ayant été effectués au moyen du logiciel SAS (version 9.1). Le groupe témoin était constitué des personnes admises à l'hôpital pour des problèmes de santé autres que des problèmes de santé mentale. En raison de l'écart dans la structure par âge, les taux ont été normalisés selon l'âge et le sexe.

Nous avons appliqué la méthode du bootstrap à l'ensemble des analyses pour tenir compte du plan de sondage complexe et pour estimer la variance et les intervalles de confiance. Des poids d'enquête spécifiques ont été établis par Statistique Canada à l'égard du fichier couplé en vue de l'ajustement pour la non-réponse à l'ESCC et pour l'exclusion des dossiers des répondants qui n'ont pas fourni de numéro d'assurance-maladie plausible ou qui n'ont pas consenti au couplage avec des données administratives sur la santé. Ces poids ont été appliqués au fichier d'analyse. Les données pondérées étaient représentatives de la population canadienne à domicile résidant à l'extérieur du Québec.

comorbide : 87,4 %; personnes hospitalisées sans diagnostic de trouble mental : 91,7 %) (tableau 8).

Les personnes hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental étaient plus susceptibles de faire état de besoins de soins de santé non comblés. C'était le cas de 25,9 % de celles avec un diagnostic principal de trouble mental et 23,1 % de celles avec un diagnostic de trouble mental comorbide, comparativement à 16,5 % des personnes hospitalisées sans diagnostic de trouble mental (tableau 8). De même, le pourcentage de personnes hospitalisées avec un diagnostic principal de trouble mental ayant fait état de besoins de soins de santé mentale non comblés était supérieur à celui des personnes sans diagnostic de trouble mental (10,7 % contre 1,3 %). Ces écarts au chapitre des besoins de soin de santé non comblés se traduisent par une probabilité nettement plus élevée d'hospitalisation avec diagnostic de trouble mental.

Résumé

Nos résultats rendent compte de la prévalence, chez les personnes ayant des troubles mentaux chroniques, de facteurs de risque signalés dans la littérature spécialisée, par exemple une situation socioéconomique moins favorable, le célibat, l'usage du tabac et la plus forte prévalence de problèmes de santé physique chroniques. Cela dit, l'objet de la présente étude est de déterminer quels sont les facteurs associés à une hospitalisation future avec diagnostic de trouble mental. En un mot, d'après nos résultats corrigés selon l'âge et le sexe, (tableaux 5 à 8), les personnes admises à l'hôpital au cours des quatre années suivantes avec un problème de santé mentale étaient, comparativement à celles admises à l'hôpital au cours de la même période sans avoir de trouble mental, plus susceptibles d'être des personnes dont le niveau de scolarité ne dépasse pas les études secondaires, des personnes faisant partie des quintiles de revenu du ménage inférieurs, des personnes non mariées, des Autochtones, des fumeurs, des personnes ayant déclaré être déprimées ou prendre des antidépresseurs, des personnes ayant déclaré un état de santé passable ou mauvais, des personnes qui avaient des problèmes de santé physique comme le diabète, l'arthrite, une MPOC, une maladie cardiaque, de l'asthme ou de la douleur ou qui avaient fait un ACV, et des personnes qui avaient fait état de besoins de soins de santé non comblés.

Limites

Dossiers d'hospitalisation

Toute étude faisant appel à des données administratives des hôpitaux, comme c'est le cas ici, ont assortie de plusieurs limites générales. Dans le cas présent, ces données proviennent des rapports provinciaux, et des couplages ont été effectués à l'intérieur de chaque ensemble de données provinciales, de sorte qu'il est impossible d'identifier les patients ayant eu recours à des ressources hospitalières dans plus d'une province. Cette situation pourrait donner lieu à une surestimation du nombre de patients et à une sous-estimation de la durée totale du séjour de certains patients; de plus, cela peut constituer un facteur significatif dans le cas des provinces plus petites ou des régions situées à proximité des frontières provinciales. Les décès survenus hors des hôpitaux ne sont pas pris en compte, d'où un risque de sous-estimation du nombre de patients décédés à la suite d'une hospitalisation d'après l'ensemble de données d'analyse. Par ailleurs, la validité des conclusions des analyses portant sur de vastes bases de données administratives sera fonction de l'exactitude des codes de diagnostic servant à définir les cas. Les données administratives des hôpitaux n'incluent pas les hospitalisations en hôpital psychiatrique, ce qui signifie que l'analyse n'englobe pas certains des cas de troubles mentaux les plus graves. Les hospitalisations en hôpital psychiatrique représentent moins de 15 % de toutes les hospitalisations liées à des troubles mentaux[22,23], mais il est néanmoins regrettable qu'elles soient exclues. Les analyses présentées ici se limitent aux hospitalisations en hôpital de soins de courte durée. Idéalement, nous pourrions également prendre en compte l'utilisation des salles d'urgence et les hospitalisations rattachées à des médecins et à d'autres fournisseurs de services.

Fichier couplé – Données d'enquête et données hospitalières

Les analyses présentées ici n'incluent pas les répondants du Québec, étant donné que cette province a transmis à Statistique Canada des numéros d'assurance-maladie brouillés et des codes postaux incomplets, ce qui rend impossible le couplage des dossiers administratifs et des réponses à l'enquête.

Bien que probabiliste, le couplage des données de l'ESCC et des données hospitalières n'inclut pas les noms, d'où la grande importance des numéros d'assurance-maladie et la faible probabilité que l'on puisse coupler des dossiers lorsque le numéro d'assurance-maladie est manquant ou n'est pas codé correctement.

La censure avant la fin de la période de quatre ans à cause d'événements tels que le décès ou le déménagement hors de la province n'a pas pu être prise en compte parce que l'information au sujet de ce genre d'événements n'était pas disponible ou était incomplète.

Étant donné que ces facteurs pourraient également donner lieu à un recours accru aux ressources hospitalières, d'autres travaux sont requis afin de mieux connaître l'association entre ces facteurs et une durée moyenne de séjour à l'hôpital plus longue chez les personnes à qui l'on a diagnostiqué un trouble mental.

Discussion et conclusions

Les personnes atteintes de troubles mentaux imposent un lourd fardeau au système de soins de santé. Bien que représentant une faible proportion de la population (1 %), les personnes hospitalisées en raison de problèmes de santé mentale, qu'il s'agisse du diagnostic principal ou d'un trouble comorbide, utilisent une fraction disproportionnée des services hospitaliers. Ainsi, 29 % des jours d'hospitalisation, soit 5,8 millions de jours d'hospitalisation, sont rattachés à des patients présentant un trouble mental. De ce nombre, plus de la moitié était associée à un diagnostic de trouble mental comorbide. La plupart des rapports précédents sur les hospitalisations mettent l'accent sur les troubles mentaux qui constituent le diagnostic principal mais fournissent peu de données sur le fardeau attribuable aux troubles mentaux comorbides[21,22,23]. Cela explique pourquoi il y a très peu d'information sur les troubles mentaux comorbides au Canada, d'où l'importance particulière qui leur est accordée dans notre rapport.

La durée moyenne du séjour dans le cas des hospitalisations avec trouble mental comorbide est deux fois plus longue que pour les hospitalisations sans trouble mental comorbide. Cette proportion demeurait à peu près la même, peu importe le groupe d'âge, le diagnostic principal selon le chapitre, et la province. Certaines études américaines antérieures se fondaient sur un examen rétrospectif des dossiers et sur les diagnostics prospectifs, de manière à comparer la durée moyenne du séjour des patients chez qui un trouble mental

comorbide avait été diagnostiqué ou était présumé et les patients faisant partie de groupes témoins. Ces études ont elles aussi fait état d'hospitalisations plus longues dans le cas des personnes ayant un trouble mental[53,54,55,56]. Les résultats de ces analyses rétrospectives ont conduit à des études prospectives établissant quels étaient les patients ayant eu des troubles psychiatriques durant leur hospitalisation; les études en question ont également indiqué que la durée du séjour était plus longue lorsqu'il y avait un trouble mental comorbide[57,58,59,60]. Il faut préciser que, pour la majorité, ces études n'ont pas pris en compte comme il se doit d'autres variables ayant une incidence sur la durée du séjour et que, de plus, elles étaient souvent circonscrites à un ou deux sites seulement. Afin de donner suite à ces préoccupations, Bressi (2006)[61] utilise dans son analyse un échantillon d'hospitalisations qui est représentatif à l'échelle nationale (États-Unis), en tenant compte des caractéristiques propres aux patients et aux hôpitaux. Il ressort de son analyse que la présence d'un trouble psychiatrique comorbide laissait prévoir une hospitalisation plus longue des patients.

Les résultats de cette étude nous apprennent que, pour de nombreux problèmes de santé physique, on aura diagnostiqué un trouble mental comorbide. Cette observation concorde avec les données actuelles laissant penser qu'il existe une comorbidité significative entre problèmes de santé physique et mentale[11]. Plusieurs études ont mis en lumière l'existence d'un mauvais état de santé physique et une plus forte prévalence de problèmes de santé physique chroniques, de maladies et de facteurs de risque de maladie chronique chez les personnes atteintes de troubles mentaux[12,13,14,48,49,50,62]. De plus, les recherches ont souvent montré que la prévalence de troubles mentaux était plus forte chez les gens souffrant de troubles physiques chroniques que chez ceux n'ayant pas de troubles physiques[63,64,65,66]. Ainsi, selon les données épidémiologiques contemporaines, il existe une cooccurrence fréquente entre certaines maladies physiques et certains troubles mentaux; c'est notamment le cas des maladies cardiovasculaires, de l'hypertension, des maladies respiratoires, du diabète sucré et d'autres maladies métaboliques[67].

Cette combinaison de troubles mentaux et physiques est à l'origine de deux courants de la littérature spécialisée. D'abord, dans l'optique des patients, il semble que ceux ayant un trouble mental grave soient moins au fait des troubles médicaux concomitants. Par exemple, les patients faisant partie du registre des psychoses du ministère des Anciens combattants et présentant un trouble mental grave étaient moins susceptibles que ceux n'ayant pas de trouble mental grave d'autodéclarer un état pathologique (p. ex., maladie cardiovasculaire, arthrite, cancer, diabète, mal de dos, insuffisance cardiaque congestive, hypertension) figurant dans leur dossier médical[68]. Les patients atteints d'un trouble mental comorbide ajoutaient en outre à la complexité de l'offre de soins en ce sens que la comorbidité mentale rend plus difficiles la demande d'aide, le diagnostic et le traitement, sans compter qu'elle influera aussi sur le pronostic[4].

Ensuite, sur le plan des soins de santé, on a indiqué que les services de santé ne sont pas dispensés de façon équitable aux personnes ayant des troubles mentaux, et que la qualité des soins offerts à ces personnes pour leurs problèmes de santé tant mentale que physique pouvait être améliorée[4,69,70,71]. Les services de consultation traditionnels, qui sont réactifs par nature, seront probablement dispensés uniquement à un faible pourcentage des patients des hôpitaux nécessitant des soins généraux, patients qui pourraient tirer parti des services en question[72]. Ces patients peuvent facilement passer entre les mailles du filet, étant donné que les services de santé se composent de différents niveaux disjoints[18]. Dans le présent rapport, nous constatons que les personnes ayant un trouble mental sont plus susceptibles de déclarer que leurs besoins de soins de santé n'ont pas été comblés que les personnes hospitalisées avec un diagnostic autre que de trouble mental. Pour citer un exemple tiré de la littérature sur le sujet, S. M. Frayne et ses collaborateurs (2005) ont constaté qu'il était plus fréquent que les patients atteints de troubles mentaux ne se conforment pas aux mesures de contrôle du diabète, et que le pourcentage de personnes n'observant pas les normes de soins du diabète augmentaient de pair avec le nombre de troubles mentaux[73].

Sur une note plus optimiste, S. L. Krein et ses collaborateurs (2006)[74] ont constaté, à partir des données du système de soins de santé du ministère des Anciens combattants, que les mesures de la qualité des soins et les résultats intermédiaires étaient comparables entre les patients atteints du diabète ayant un trouble mental grave et les autres patients atteints du diabète. Cette étude donne à penser que, si les soins sont similaires, c'est peut-être en raison de meilleurs contacts avec le système de soins de santé ainsi que de l'intégration des services médicaux et des services de santé mentale dans ce ministère.

Plusieurs autres auteurs avançaient qu'il serait avantageux d'intégrer les soins de santé physique et mentale. Kathol et ses collaborateurs (2008)[75] décrivent les avantages qui pourraient être obtenus si l'évaluation et le traitement des problèmes de santé mentale et des troubles d'utilisation de substances en venaient à constituer un élément — clinique, administratif et financier — des soins de santé physique, tous ces services étant fournis par des réseaux communs, sans oublier la possibilité d'établir des lieux de services combinés (cliniques et unités des malades hospitalisés intégrées), l'utilisation de procédures de codage et de facturation similaires ainsi qu'une source de financement unique. D'autres chercheurs sont d'avis que les enjeux liés à la santé mentale doivent faire partie intégrante de tous les aspects de la politique sanitaire et sociale, de la planification du système de santé et de la prestation des soins

de santé généraux (soins primaires et secondaires)[4,76,77]. Le défi consiste à mettre en place un système où les gens ayant à la fois des problèmes de santé mentale ou d'abus de substances et des troubles physiques obtiennent les services requis, peu importe où ils se rendent pour obtenir de l'aide[78]. Il est indiqué dans le rapport d'un comité sénatorial permanent[18] que les patients atteints de troubles mentaux doivent composer avec un système fragmenté, déroutant et manquant de ressources, et qu'il serait également fort utile de disposer d'un système mieux coordonné.

L'un des avantages d'un système intégré de soins de santé physique et mentale est que l'on pourrait mieux prendre en compte le fait que nombre de médicaments prescrits en cas de trouble mental grave ont d'importants effets indésirables d'ordre métabolique et cardiovasculaire[79]. Par exemple, selon Kiraly et ses collaborateurs (2008)[79], les patients traités à l'aide d'antipsychotiques de deuxième génération devraient recevoir à titre préventif des services de consultation et des traitements pour les maladies cardiovasculaires. Les interactions médicamenteuses peuvent en outre accentuer les effets indésirables, donner lieu à une hausse ou à une baisse des concentrations de médicaments, créer un risque de toxicité ou faire échouer le traitement. Les patients peuvent aussi utiliser des substances, licites ou non, à des fins d'automédication[80]. Si les soins dispensés à un patient sont coordonnés entre les médecins fournissant les soins primaires et les professionnels de la santé mentale, il y aura probablement moins de risque d'effets indésirables graves.

Outre l'intégration des soins de santé physique et de santé mentale, d'autres approches systématiques ont été proposées dans la littérature spécialisée, entre autres des stratégies de prévention en amont[81,82] et des programmes de soutien afin d'aider les personnes à demeurer au sein de leur collectivité[83]. On voit donc que l'hospitalisation n'est qu'une des différentes approches en matière de soins de santé mentale au Canada de nos jours[20]. En raison de l'évolution des médicaments psychiatriques, de l'élaboration de toute une gamme de services communautaires, et également du coût élevé qui est associé à l'institutionnalisation, certains soins de santé mentale sont désormais fournis à l'extérieur des hôpitaux. D'autres rapports avertissent toutefois que les soins communautaires n'entraîneront pas forcément une diminution de la demande de soins hospitaliers[82,84,85,86,87,88,89].

Nous constatons l'existence de variations entre les provinces et entre les régions sociosanitaires en ce qui touche le pourcentage d'hospitalisations et de jours d'hospitalisation ainsi que la durée moyenne du séjour avec diagnostic de trouble mental. Les variations entre les régions sociosanitaires sont associées à de nombreux facteurs qui peuvent varier d'une région à l'autre, comme le nombre et le type d'établissements. Les écarts peuvent être le fait de différences dans la prévalence des troubles mentaux au sein de la population, dans les diagnostics et les styles de pratique professionnelle des médecins, dans les pratiques de traitement des hôpitaux de soins de courte durée ou dans les pratiques de codage, plus précisément sous l'angle de la comorbidité. Concernant ce dernier point, le nombre moyen de diagnostics documentés par hospitalisation varie de façon marquée d'une province à l'autre. C'est au Québec que l'on recense le nombre moyen le plus élevé de diagnostics de troubles comorbides par hospitalisation, tandis que Terre-Neuve-et-Labrador et l'Île-du-Prince-Édouard sont les provinces où ce nombre est le plus bas[39].

L'examen des données hospitalières a permis de constater que les personnes ayant un trouble mental sont plus susceptibles de présenter plusieurs des types les plus courants de troubles comorbides. Ces personnes sont également vulnérables sous d'autres aspects. À partir de la base de données couplées (données d'enquête et données hospitalières), nous pouvons voir que les personnes en question étaient plus susceptibles d'avoir un faible sentiment d'appartenance à la communauté, d'être célibataires plutôt que mariées et de n'avoir pas achevé leurs études secondaires, qu'elles étaient moins susceptibles de faire partie d'un quintile de revenu supérieur et qu'elles étaient plus susceptibles d'avoir déclaré un état de santé passable ou mauvais, une incapacité et des besoins de soins de santé non comblés comparativement aux personnes dont l'hospitalisation n'était pas liée à des problèmes de santé mentale.

Ces constatations viennent confirmer et étoffer les données présentées jusqu'ici, soit que, comparativement aux autres personnes, celles ayant un trouble mental sont généralement moins susceptibles d'être mariées[26,40,41] et plus susceptibles d'avoir un faible revenu ou d'être sans emploi[28,29,40,41] ainsi que d'être fumeurs[12,29,42,43,44,45,46]. Dans certains rapports récents, on a utilisé, en complément des données administratives, des données provenant d'autres sources afin d'avoir un aperçu plus complet sur les personnes atteintes de maladie mentale. Par exemple, un rapport récent préparé conjointement par Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) fait appel à des données d'enquête couplées à des données administratives afin de déterminer les caractéristiques des patients dans le cas des hospitalisations de personnes souffrant de dépression[26]. Dans un rapport récent portant sur l'Ontario, l'ICIS utilise le nouveau Système d'information ontarien sur la santé mentale afin d'étudier à la fois les hospitalisations en raison d'une maladie mentale et les principales caractéristiques que présentent les patients ayant un problème de santé mentale[29]. On observait ainsi chez les personnes hospitalisées pour un tel problème un taux d'activité moins élevé et un niveau de scolarité plus bas que pour l'ensemble des Ontariens âgés de 15 ans et plus; en outre, ces personnes étaient moins susceptibles d'être mariées ou de vivre avec un conjoint. Un rapport du

Manitoba donnait un aperçu de la prévalence des troubles mentaux. On y comparait cinq groupes de revenu du quartier (des « quintiles de revenu ») établis d'après le revenu moyen des ménages dans la région, et on indiquait que les taux de maladie mentale les plus élevés étaient observés dans les quartiers où le revenu était le plus bas[28].

L'un des principaux points mis en lumière par notre étude est que les personnes ayant un trouble mental sont plus susceptibles de faire état de besoins de soins de santé non comblés que celles ayant été hospitalisées pour des raisons autres qu'un problème de santé mentale. Ce point est également soulevé dans des études mentionnées précédemment où l'on indique que les services de santé ne sont pas dispensés équitablement aux personnes atteintes de troubles mentaux. Il y a d'autres caractéristiques que partagent les personnes ayant des troubles mentaux qui peuvent aussi entrer en ligne de compte pour expliquer que des besoins ne soient pas comblés. Par exemple, plus leur niveau de scolarité était élevé, plus les répondants adultes à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2, qui avaient un trouble d'anxiété ou qui étaient dépressifs étaient susceptibles de consulter un psychiatre, un médecin de famille, un psychologue ou un travailleur social[90]. Cela veut donc dire que les personnes défavorisées sur le plan social risquaient davantage que leurs besoins de soins de santé mentale ne soient pas comblés. Steele (2007) a proposé que des programmes ciblés soient élaborés et évalués à l'intention des utilisateurs de soins n'ayant pas terminé leurs études secondaires[91].

En résumé, les troubles mentaux peuvent toucher n'importe quel groupe d'âge et constituent des états comorbides courants chez les personnes ayant des problèmes de santé physique. Notre rapport met l'accent sur les conditions comorbides. Nous avons constaté que 29 % des jours d'hospitalisation en 2003-2004 étaient associés à des personnes hospitalisées avec un diagnostic de trouble mental, et que plus de la moitié de ces jours d'hospitalisation étaient liés à des troubles mentaux comorbides. Également, la durée moyenne du séjour en cas de diagnostic de trouble mental comorbide était deux fois plus longue que pour les autres hospitalisations. Une étude fondée sur des données couplées (données d'enquête et données hospitalières) a mis en lumière un ensemble de caractéristiques que présentent les personnes hospitalisées avec diagnostic de trouble mental comorbide. Ces caractéristiques, par exemple l'usage du tabac, un faible revenu, un niveau de scolarité peu élevé et la prévalence de problèmes de santé physique, sont en outre souvent associées à un recours accru aux services hospitaliers; elles peuvent donc être liées à une utilisation plus grande de ces services par la population de patients atteints de troubles mentaux. Des travaux sont prévus afin d'intégrer les deux parties de la présente étude en examinant dans quelle mesure les facteurs associés à un diagnostic de trouble mental peuvent concourir à une durée moyenne d'hospitalisation plus longue.

Références

1. Statistique Canada. 2004. « La santé de la population canadienne — Rapport annuel 2004 : Regard sur la santé mentale », *Rapports sur la santé*, supplément au vol. 15, produit nº 82-003-SIF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, p. 1 à 90.
2. Sareen, J., B. J. Cox, T. O. Afifi, I. Clara et B. N. Yu. 2005. « Perceived need for mental health treatment in a national representative Canadian sample », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, p. 643 à 651.
3. Vasiliadis, H.-M., A. Lesage, C. Adair et R. Boyer. 2005. « Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, p. 614 à 619.
4. Prince, M., V. Patel, S. Saxena, M. Maj, J. Maselko, M. R. Phillips et A. Rahman. 2007. « No health without mental health », *Lancet*, vol. 370, nº 9590, 8 septembre, p. 859 à 877.
5. Banque Mondiale. 1993. *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé*, Oxford University Press, New York.
6. Murthy, R. S. et coll. 2001. « Rapport sur la santé dans le monde, 2001 : nouvelle conception, nouveaux espoirs », Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé.
7. The Who World Mental Health Survey Consortium. 2004. « Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 291, nº 21, 2 juin, p. 2581 à 2590.
8. Rice, D., S. Kelman et L. S. Miller. 1992. « Estimates of the economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988 », *Public Health Reports*, vol. 106, nº 3, mai-juin 1991, p. 280 à 291.
9. Greenberg, P., L. Stiglin, S. Finkelstein et coll. 1993. « Depression: A neglected major illness », *Journal of clinical psychiatry*, vol. 54, nº 11, p. 419 à 424.
10. Jacobs, P., R. Yim, A. Ohinmaa, K. Eng, C. S. Dewa, R. Bland, R. Block et M. Slomp. 2008. « Expenditures on mental health and addictions for Canadian provinces in 2003 and 2004 », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 53, nº 6, juin, p. 345.
11. Leucht, S. et K. Fountoulakis. 2006. « Improvement of the physical health of people with mental illness. Medical comorbidity », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 19, nº 4, juin, p. 411 à 412.
12. Oakley Browne, M. A., J. E. Wells et K. M. Scott. 2006. « Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey », *Wellington : Ministère de la Santé*, Nouvelle-Zélande.
13. Rodriquez, C. et S. Thankam. 2007. « The Interplay of Comorbidity among Patients with Medical Illness and Mental Illness: Asociological Perspective », document présenté à la réunion annuelle de l'American Sociological Association, New York, New York, 11 août.
14. Huang, K.-L., T.-P. Su, C. Tzeng-Ji, Y.-H. Chou et Y.-M. Bai. 2009. « Comorbidity of cardiovascular diseases with mood and anxiety disorder: A population based four-year study », *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 63, nº 3, p. 401 à 409.
15. Shen, C., U. Sambamoorthi et G. Rust. 2008. *Disease Management*, vol. 11, nº 3, juin, p. 153 à 160.
16. Banerjea, R., U. Sambamoorthi, D. Smelson et L. M. Pogach. 2008. « Expenditures in mental illness and substance use disorders among veteran clinic users with diabetes », *The journal of behavioral health services & research*, vol. 35, nº 3, juillet, p. 290 à 303.
17. Goldman, L. S. 2000. « Comorbid Medical Illness in Psychiatric Patients », *Current Psychiatry Reports*, vol. 2, nº 3, p. 256 à 263.
18. Kirby, M. J. L. (Président) et W. J. Keon (Vice-président). 2006. « De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada », *Le Sénat*, mai, Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/rep02may06-f.htm.
19. Kirby, M. J. L. 2008. « La santé mentale au Canada : à tout jamais hors de l'ombre », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 178, nº 10, p. 1320 à 1322.
20. Gouvernement du Canada. 2006. « Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006 », *Agence de la santé publique du Canada*, nº HP5-19/2006F, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/index-fra.php.
21. Santé Canada. 2002. « Rapport sur les maladies mentales au Canada », *Agence de la santé publique du Canada*, Ottawa, Ontario, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/index-fra.php.
22. Institut Canadien de l'information sur la Santé. 2007. *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada 2004-2005*, Ottawa, Ontario, https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US#S.
23. Institut Canadien de l'information sur la Santé. 2008. *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada 2005-2006*, Ottawa, Ontario, https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US#S.
24. Institut Canadien de l'information sur la Santé. 2008. « Existe-t-il un lien entre la durée du séjour à l'hôpital et la réadmission pour les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie? », *Analyse en bref*, 17 avril, Ottawa, Ontario.
25. Institut Canadien de l'information sur la Santé. 2009. *Le lien entre le statut socioéconomique et l'hospitalisation pour une dépression*, Ottawa, Ontario, 24 février, https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US#L.
26. Institut Canadien de l'information sur la Santé. 2008. *Un cadre d'analyse des résultats pour la santé : études de cas sur le diabète et la dépression*, Ottawa, Ontario.
27. Institute for Clinical Evaluative Sciences. 2003. *Practice Atlas 2nd Ed: Chapter 10: Mental Health: Levels of Need and Variations in Service Use in Ontario*, septembre.
28. Manitoba Centre for Health Policy. 2004. *Patterns of Regional Mental Illness Disorder Diagnoses and Service Use in Manitoba: A Population-Based Study*, septembre, http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports.htm.
29. Institut Canadien de l'information sur la Santé. 2009. « Exploration de l'utilisation des services de santé mentale en milieu hospitalier en Ontario 2007-2008 », *Analyse en bref*, Ottawa, Ontario, 31 mars, https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC480.
30. Statistique Canada. 2003. « External Linkage of Person-oriented information 1992/93 to 2000/01 Hospital Morbidity Files », *Household Surveys Methodology Division* (non publié), Ottawa, Ontario.
31. Organisation Mondiale de la Santé. 1977. *Manual of the International Statistical Classification of Disease, Injuries and Death. Based on the recommendations of the Ninth Revision Conference*, 1975, Genève, Suisse.
32. Commission on Professional and Hospital Activities. 1986. *Annotated ICD-9-CM international classification of diseases, 9th revision, Clinical modification*, Ann Arbor, MI, Edward Brothers, inc.
33. Organisation Mondiale de la Santé. 1992. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision*, Genève, Suisse.
34. Institut Canadien de l'information sur la Santé. 2003. « International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems », *ICD-10-CA/CCI*, Ottawa, Ontario.

35. Institut Canadien de l'informatic ur la Santé. 2005. « Data Quality Documentation: Hospital Morbidity Database (HMDB) 2001-2002 », Ottawa, Ontario.
36. Mechanda, K. et H. Puderer. 2007. *Geography Working Paper Series: How Postal Codes Map to Geographic Areas*, Ministère de l'Industrie, nº 001, produit nº 92F0138MIE.
37. Statistique Canada. 2009. « Régions sociosanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement », Ottawa, Ontario, http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=82-402-x&lang=fra.
38. Organisation Mondiale de la Santé. 2007. *Mental and behavioural disorders: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Genève, Suisse.
39. Sambell, C., H. Quan et H. Johansen. 2006. « Health Studies Using Administrative Hospital Data », *Proceedings of Statistics Canada Symposium 2006: Methodological Issues in Measuring Population Health*, nº 11-522-XIE, Ottawa, Ontario.
40. Lin, E., P. Goering, D. R. Offord, D. Campbell et M. H. Boyle. 1996. « The use of mental health services in Ontario: Epidemiologic findings », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 41, nº 9, p. 572 à 577.
41. Andrews, G., S. Henderson et W. Hall. 2001. « Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: Overview of the Australian National Mental Health Survey », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 178, p. 145 à 153.
42. Lawrence, D., F. Mitrou et S. R. Zubrick. 2009. « Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States », *BMC Public Health*, vol. 9, p. 285.
43. Compton, M. T., G. L. Daumit et B. G. Druss. 2006. « Cigarette smoking and overweight/obesity among individuals with serious mental illnesses: A preventive perspective », *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 14, nº 4, p. 212 à 222.
44. Cassidy, K., R. Kotynia-English, J. Acres, L. Flicker, N. T. Lautenschalger et O. P. Almeida. 2004. « Association between lifestyle factors and mental health measures among community-dwelling older women », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 38, nº 11-12, novembre, p. 940 à 947.
45. Lasser, K., J. W. Boyd, S. Woolhandler, D. U. Himmelstein, D. McCormick et D. H. Bor. 2000. « Smoking and Mental Illness A Population-Based Prevalence Study », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 284, nº 20, novembre, p. 2606 à 2610.
46. Dierker, L. et E. Donny. 2008. « The role of psychiatric disorders in the relationship between cigarette smoking and DSM-IV nicotine dependence among young adults », *Nicotine and tobacco research*, vol. 10, nº 3, mars, p. 439 à 446.
47. McLaren, L., C. Beck, S. Patten, G. Fick et C. Adair. 2008. « The relationship between body mass index and mental health », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 43, nº 1, p. 63 à 71.
48. Kendrick, T. 1996. « Cardiovascular and respiratory risk factors and symptoms among general practice patients with long-term mental illness », *British Journal of Psychiatry*, vol. 169, p. 733 à 739.
49. Wallace, B. et C. Tennant. 1998. « Nutrition and obesity in the chronic mentally ill », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 32, p. 82 à 85.
50. Davidson, S., F. Judd, D. Jolley et coll. 2001. « Cardiovascular risk factors for people with mental illness », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 35, p. 196 à 202.
51. Béland, Y. 2002. « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, vol. 13, nº 3, produit nº 82-003 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, p. 9 à 14.
52. Rotermann, M. 2009. « Évaluation de la couverture des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes couplées aux dossiers de malades hospitalisés », *Rapports sur la santé*, vol. 20, nº 1, produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, p. 45 à 51.
53. Verbosky, L. A., K. N. Franco et J. P. Zrull. 1993. « The relationship between depression and length of stay in the general hospital patients », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 54, p. 177 à 181.
54. Wallen, J., H. A. Pincus, H. H. Goldman et S. E. Marcus. 1987. « Psychiatric consultations in short-term general hospital », *Archives of General Psychiatry*, vol. 44, p. 163 à 168.
55. Dvoredsky, A. E. et H. W. Cooley. 1986. « Comparative severity of illness in patients with combined medical and psychiatric diagnoses », *Psychosomatics*, vol. 27, p. 625 à 630.
56. Fulop, G., J. J. Strain, J. Vita, J. S. Lyons et J. S. Hammer. 1987. « Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients: A preliminary report », *American Journal of Psychiatry*, vol. 144, p. 878 à 882.
57. Saravay, M. et M. Lavin. 1994. « Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital », *Psychosomatics*, vol. 35, p. 233 à 252.
58. Saravay, S. M., M. D. Steinberg, B. Weinschel et coll. 1991. « Psychological comorbidity and length of stay in the general hospital », *American Journal of Psychiatry*, vol. 148, p. 324 à 329.
59. Levenson, J. L., R. M. Hamer et L. F. Rossiter. 1990. « Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services », *American Journal of Psychiatry*, vol. 147, p. 1498 à 1503.
60. Ackerman, A. D., J. S. Lyons, J. S. Hammer et D. B. Larson. 1988. « The impact of coexisting depression and timing of psychiatric consultation on medical patients' length of stay », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 39, p. 173 à 176.
61. Bressi, S. K., S. C. Marcus et P. L. Solomon. 2006. « The impact of psychiatric comorbidity on general hospital length of stay », *The Psychiatric Quarterly*, vol. 77, p. 203 à 209.
62. Wells, K. B., J. M. Golding et M. A. Burnam. 1989. « Chronic medical conditions in a sample of the general population with anxiety, affective, and substance use disorders », *American Journal of Psychiatry*, vol. 146, p. 1440 à 1446.
63. Buist-Bouwman, M. A., R. De Graaf, W. A. M. Vollebergh et coll. 2005. « Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 111, p. 436 à 443.
64. Kessler, R. C., K. A. McGonagle, S. N. Zhao et coll. 1994. « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, vol. 51, p. 8 à 19.
65. Ormel, J., M. Von Korff, T. B. Utsun et coll. 1994. « Common mental disorders and disability across cultures », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 272, p. 1741 à 1748.
66. Wells, K. B., J. M. Golding et M. A. Burnam. 1988. « Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions », *American Journal of Psychiatry*, vol. 145, p. 976 à 981.
67. Iacovides, A. et M. Siamouli. 2008. « Comorbid mental and somatic disorders: an epidemiological perspective », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 21, nº 4, p. 417 à 421.
68. Killbourne, A. M., J. F. McCarthy, D. Welsh et F. Blow. 2006. « Recognition of co-occurring medical conditions among patients with serious mental illness », *Journal of nervous and mental disease*, vol. 194, nº 8, août, p. 598 à 602.

69. Fleischhacker, W. W., M. Cetkovich-Bakmas, M. De Hert, C. H. Hennekens, M. Lambert, S. Leucht, M. Maj, R. S. Mcintyre, D. Naber, J. W. Newcomer, M. Olfson, U. Osby, N. Sartorius et J. A. Lieberman. 2008. « Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenge », *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 69, nº 4, p. 514 à 519.

70. Mitchell, A. J., D. Malone et C. C. Doebbeling. 2009. « Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies », *British Journal of Psychiatry*, vol. 194, nº 6, p. 491 à 499.

71. Kisely, S., M. Smith, D. Lawrence, M. Cox, L. A. Campbell et S. Maaten. 2007. « Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 176, nº 6, p. 779 à 784.

72. Kathol, R. G., E. J. Kunkel, J. S. Weiner, R. M. McCarron, L. L. Worley, W. R. Yates, P. Summergrad et F. J. Huyse. 2009. « Psychiatrists for medically complex patients: bringing value at the physical health and mental health/ substance–use disorder interface », *Psychosomatics*, vol. 50, nº 2, mars-avril, p. 93 à 107.

73. Frayne, S. M., J. H. Halanych, D. R. Miller, F. Wang, H. Lin, L. Pogach, E. J. Sharkansky, T. M. Keane, K. M. Skinner, C. S. Rosen et D. R. Berlowitz. 2005. « Disparities in diabetes care: impact of mental illness », *Archives of internal medicine*, vol. 165, nº 22, p. 2631 à 2638.

74. Krein, S. L., C. R. Bingham, J. F. Mccarthy, A. Mitchinson, J. Payes et M. Valenstein. 2006. « Diabetes treatment among VA patients with comorbid serious mental illness », *Psychiatric services*, vol. 57, nº 7, juillet, Washington, D.C., p. 1016 à 1021.

75. Kathol, R. G., S. Melek, B. Bair et S. Sargent. 2008. « Financing mental health and substance use disorder care within physical health: a look to the future », *The Psychiatric clinics of North America*, vol. 31, nº 1, mars, p. 11 à 25.

76. Centre Canadien de Lutte Contre l'alcoolisme et les Toxicomanies. 2009. *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants*, Ottawa, Ontario, www.ccsa.ca (site consulté en mai 2010).

77. Reid, R., R. Evans, M. Barer, S. Sheps, K. Kerluke, K. McGrail, C. Hertzman et N. Pagliccia. 2003. « Conspicuous consumption: Characterizing high-use patients of physician services in one Canadian province », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 8, nº 4, octobre, p. 215 à 224.

78. Whitten, L. 2004. « Research News », *NIDA NOTES*, vol. 19, nº 4, décembre, http://www.drugabuse.gov/NIDA_notes/Nnvol19N4/No.html. Bimensuel.

79. Kiraly, B., K. Gunning et J. Leiser. 2008. « Primary care issues in patients with mental illness », *American Family Physician*, vol. 78, nº 3, p. 355 à 362.

80. Tjepkema, M. 2004. « Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites », *Supplément aux Rapports sur la santé*, vol. 15, produit nº 82-003 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, p. 9 à 19.

81. Roos, N., C. Burchill et K. Carierre. 2003. « Who are the high hospital users? A Canadian case study », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 1, p. 5 à 10.

82. Calver, J., K. J. Brameld, D. B. Preen, S. J. Alexia, D. P. Boldy et K. A. McCaul. 2006. « High-cost users of hospital beds in Western Australia: a population-based record linkage study », *Medical Journal of Australia*, vol. 184, p. 393 à 397.

83. Decoster, C., S. Bruce et A. Kozyrskyi. 2005. « Use of acute care hospitals by long-stay patients: who, how much, and why? », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 24, nº 1 supplémentaire, printemps, p. 97 à 106.

84. Marshall, M., A. Gray, A. Lockwood et coll. 2000. « Case management for people with severe mental disorders », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nº 2, produit nº CD000050.

85. Tyrer, P., J. Coid, S. Simmonds et coll. 2000. « Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illness and disordered personality », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nº 4, produit nº CD000270.

86. Joy, C. B., C. E. Adams et K. Rice. 2004. « Crisis intervention for people with severe mental illnesses », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nº 4, produit nº CD001087.

87. Marshall, M., R. Crowther, A. Almaraz-Serrano et coll. 2003. « Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nº 1, produit nº CD004026.

88. Catty, J., T. Burns et A. Comas. 2001. « Day centres for severe mental illness », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nº 2, produit nº CD001710.

89. Preston, N. J., S. Kisely et J. Xiao. 2002. « Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia », *British Medical Journal*, vol. 324, p. 1244.

90. Steele, L. S., C. S. Dewa, E. Lin et K. L. Lee. 2007. « Education level, income level and mental health services use in Canada: associations and policy implications », *Politique de santé*, vol. 3, nº 1, p. 96 à 106.

91. Steele, L., C. Dewa et K. Lee. 2007. « Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health service use », *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 52, nº 3, p. 201 à 206.

Annexe

Tableau A
Troubles de santé mentale, états et codes de la CIM-9 et de la CIM-10-CA

Troubles	États	Code de la CIM-9	Code de la CIM-10-CA
Troubles organiques	Psychose sénile et présénile	290.0–290.9	F00–F09, G30
	État psychotique organique transitoire	293.0, 293.1, 293.8, 293.9	
	Autres états psychotiques organiques	294.0, 294.1, 294.8, 294.9	
Troubles d'utilisation de substances	Psychose due à l'alcool	291.0–291.9	F10–F19, F55
	Psychose due aux drogues	292.0–292.9	
	Syndrome de dépendence alcoolique	303.0–303.9	
	Toxicomanie	304.0–304.9	
	Abus de drogues sans état de dépendance	305.0–305.9	
Schizophrénie / psychose	Schizophrénie	295.0–295.9	F20–F29
	Psychose	298.8–298.9	
	Paranoïa	297.1–297.3	
Troubles de l'humeur	Trouble bipolaire	296.0–296.1, 296.4–296.8	F30, F31, F34.0
	Dépression	296.2, 296.3, 300.4, 311	F32, F33, F34.1, F38.1
	Autres	296.9	F34.8, F34.9, 38.0, F38.8, F39
Troubles d'anxiété	Anxiété	300.0, 300.2, 300.3, 309.8	F40, F41, F42, F93.0–F93.2
	Stress aigu	308.3	F43.0, 43.1, 43.8, 43.9
Troubles de la personnalité	Troubles de la personnalité	301.0–301.9	F60, F61, F62, F69
Autres troubles	Troubles d'adaptation	309.0–309.4, 309.8–309.9	F43.2, F99
	Troubles de la sexualité	302.0–302.9	F52, F64, F65, F66
	Troubles délirants	297.0–297.3, 297.8–297.9	
	Troubles de la conduite sans autre indication	312.0–312.4, 312.8–312.9	F63, F91, F92, F95
	Psychoses non organiques	298.0–298.4	
	Ensemble des autres troubles psychiatriques	299.0, 299.1, 299.8, 299.9, 300.1, 300.5, 300.6, 300.7, 300.8, 300.9, 307.0, 307.1, 307.2, 307.3-307.7, 307.9, 308.0-308.2, 308.9, 310, 313.0-313.3, 313.8, 313.9, 314.0-314.2, 314.8, 314.9, 315.0-315.5, 315.9, 316, 317, 318.0-318.2, 319	F44, F48, F50, F51, F53, F54, F68, F70–F73, F84, F98, F79, F78, F80–F82, F83, F88, F89, F90, F93.3–F93.9, F94

Nota : les codes pour la rubrique « Autres troubles » ont été supprimés lorsqu'ils apparaissaient aussi pour l'un des troubles particuliers mentionnés précédemment.
Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2005-2006*, Ottawa, 2007, p. 27-28.

Tableau B
Certaines données hospitalières, diagnostic principal de trouble mental et diagnostic de trouble mental comorbide, par région sociosanitaire, tous âges confondus, Canada, 2003-2004

Numéro de régions sociosanitaires en 2007	Province et nom de la région sociosanitaire	Population estimée	Nombre de jours associés à un diagnostic principal de trouble mental par 100 habitants	Nombre de jours associés à un diagnostic de trouble mental comorbide par 100 habitants	Hospitalisations			Jours d'hospitalisation			Nombre moyen de jours par hospitalisation			Ratio de la durée moyenne du séjour, hospitalisations avec et sans diagnostic de trouble mental comorbide
					Nombre total d'hospitalisations	Pourcentage d'hospitalisations avec diagnostic principal de trouble mental	Pourcentage d'hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide	Nombre total de jours d'hospitalisation	Pourcentage de jours d'hospitalisation avec diagnostic principal de trouble mental	Pourcentage de jours d'hospitalisation avec diagnostic de trouble mental comorbide	Diagnostic principal de trouble mental	Trouble mental comorbide	Aucun trouble mental diagnostiqué	
	Terre-Neuve-et-Labrador													
1011	Eastern Regional	293 682	4,0	6,8	26 037	2,5	3,6	200 765	5,9	10,0	17,8	21,7	6,9	3,1
1012	Central Regional	95 607	10,4	5,3	12 009	4,0	2,4	85 796	11,6	5,9	20,9	17,5	6,3	2,8
1013	Western Regional	79 034	13,5	9,2	9 211	6,0	3,1	92 220	11,6	7,9	19,4	25,3	8,9	2,9
1014	Labrador-Grenfell Region	37 146	4,8	4,3	5 266	5,1	2,2	29 473	6,1	5,4	6,6	13,8	5,3	2,6
	Île-du-Prince-Édouard													
1101	Kings County	18 608	10,9	8,8	2 836	7,8	3,8	23 080	8,8	7,1	9,2	15,3	7,7	2,0
1102	Queens County	72 744	7,9	12,6	7 444	8,3	5,9	62 565	9,2	14,6	9,3	20,9	7,5	2,8
1103	Prince County	44 499	12,5	8,9	5 555	9,6	5,0	41 061	13,5	9,7	10,4	14,4	6,6	2,2
	Nouvelle-Écosse													
1201	Zone 1	119 175	8,5	11,9	12 767	4,7	6,0	109 267	9,3	12,9	16,9	18,6	7,5	2,5
1202	Zone 2	81 473	4,4	11,0	7 448	2,6	6,0	57 089	6,3	15,7	18,4	20,1	6,5	3,1
1203	Zone 3	104 470	6,3	8,8	11 147	3,8	5,8	81 095	8,1	11,3	15,6	14,1	6,5	2,2
1204	Zone 4	91 332	7,7	11,5	10 986	5,3	6,0	78 603	9,0	13,4	12,1	16,0	6,3	2,5
1205	Zone 5	125 373	14,0	16,4	16 893	6,2	8,3	141 319	12,4	14,6	16,6	14,7	7,2	2,1
1206	Zone 6	391 639	6,6	8,3	25 810	3,3	4,2	232 254	11,2	13,9	30,7	29,8	7,3	4,1
	Nouveau-Brunswick													
1301	Région 1	191 860	10,9	11,8	21 601	5,9	6,9	163 847	12,7	13,8	16,3	15,1	6,4	2,4
1302	Région 2	169 765	10,3	13,2	16 556	3,7	4,6	150 242	11,7	14,9	28,7	29,5	7,3	4,1
1303	Région 3	165 725	8,1	11,5	19 641	4,3	8,6	135 952	9,9	14,0	15,8	11,3	6,1	1,9
1304	Région 4	50 092	14,9	10,1	7 409	9,9	4,7	55 036	13,5	9,2	10,2	14,5	6,7	2,2
1305	Région 5	27 755	25,7	16,1	5 459	8,4	6,6	43 084	16,6	10,4	15,6	12,5	6,8	1,8
1306	Région 6	78 948	13,0	10,5	11 877	6,9	6,4	79 669	12,9	10,4	12,6	10,9	5,9	1,8
1307	Région 7	45 852	14,2	9,3	7 982	5,7	3,9	51 904	12,5	8,2	14,2	13,6	5,7	2,4
	Québec													
2401	Bas-Saint-Laurent	200 653	12,7	23,5	21 085	7,0	17,4	181 406	14,0	26,0	17,1	12,9	6,8	1,9
2402	Saguenay/Lac-Saint-Jean	272 610	10,1	23,9	30 334	4,8	14,2	247 663	11,1	26,4	18,8	15,1	6,3	2,4
2403	Capitale-Nationale	661 060	11,4	17,6	53 149	6,0	14,3	484 896	15,6	24,0	23,5	15,3	6,9	2,2
2404	Mauricie et du Centre-du-Québec	483 128	10,3	18,4	46 325	5,4	15,9	375 214	13,3	23,7	19,9	12,1	6,5	1,9
2405	Estrie	298 779	13,5	14,4	28 218	5,6	13,6	230 240	17,5	18,7	25,5	11,2	6,4	1,7
2406	Montréal	1 854 442	10,1	18,3	136 241	4,8	15,5	1 319 876	14,1	25,7	28,7	16,0	7,3	2,2
2407	Outaouais	341 096	8,7	15,9	20 476	7,1	16,2	197 974	15,0	27,3	20,4	16,3	7,3	2,2
2408	Abitibi-Témiscamingue	143 872	8,7	21,3	15 204	6,2	16,1	113 674	11,0	27,0	13,4	12,6	6,0	2,1
2409	Côte-Nord	95 911	16,4	20,3	11 363	7,2	14,4	89 113	17,7	21,9	19,3	11,9	6,0	2,0
2410	Nord-du-Québec	14 871	7,2	17,5	1 712	6,5	15,4	11 558	9,3	22,5	9,6	9,9	5,9	1,7
2411	Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine	94 336	8,7	22,1	12 046	4,7	18,6	86 222	9,6	24,2	14,7	9,3	6,2	1,5
2412	Chaudière-Appalaches	393 669	11,4	15,5	35 754	7,6	14,7	269 008	16,7	22,7	16,5	11,6	5,9	2,0
2413	Laval	368 709	9,2	15,9	27 550	5,3	13,9	238 116	14,2	24,6	23,1	15,3	6,5	2,3
2414	Lanaudière	429 053	9,5	15,3	31 836	6,8	14,7	269 236	15,1	24,4	18,6	14,0	6,5	2,1
2415	Laurentides	511 276	9,2	18,6	45 353	5,3	17,6	358 629	13,2	26,5	19,5	11,9	6,2	1,9
2416	Montérégie	1 357 720	9,9	15,7	108 141	5,8	14,0	914 953	14,7	23,3	21,4	14,1	6,5	2,1
2417	Nunavik	10 815	11,8	12,7	1 729	6,0	10,3	10 146	12,6	13,6	12,4	7,7	5,2	1,5
2418	Terres-Cries-de-la-Baie-James	14 131	8,0	13,4	2 067	5,9	10,3	12 199	9,3	15,6	9,3	9,0	5,3	1,7
	Ontario													
3501	Erie St. Clair	630 195	7,2	5,2	59 407	6,5	5,5	354 865	12,8	9,3	11,7	10,1	5,3	1,9
3502	South West	901 123	6,2	5,6	79 278	6,0	5,9	489 494	11,4	10,2	11,8	10,7	5,5	2,0
3503	Waterloo Wellington	686 324	4,3	4,7	51 323	5,3	5,1	301 304	9,7	10,6	10,7	12,2	5,2	2,3
3504	Hamilton Niagara Hald	1 315 964	5,9	6,9	117 283	4,9	5,5	788 120	9,9	11,6	13,6	14,1	5,9	2,4
3505	Central West	739 957	4,0	3,6	49 402	4,8	3,9	284 528	10,3	9,3	12,5	13,7	5,1	2,7
3506	Mississauga Halton	1 008 004	3,7	3,7	62 338	4,6	4,5	374 247	9,9	9,9	12,8	13,3	5,3	2,5
3507	Toronto Central	1 090 301	6,6	8,8	74 391	6,3	8,1	564 235	12,8	17,1	15,5	15,9	6,2	2,6
3508	Central	1 532 649	3,6	4,7	90 660	4,4	4,7	597 807	9,1	12,2	13,6	17,2	5,7	3,0
3509	Central East	1 442 948	4,5	5,7	105 335	5,2	6,1	661 714	9,8	12,4	11,8	12,8	5,5	2,3
3510	South East	456 416	6,3	7,3	42 971	5,1	5,3	293 303	9,8	11,4	13,2	14,7	6,0	2,5
3511	Champlain	1 147 209	6,0	7,5	82 417	5,8	6,6	587 114	11,8	14,6	14,4	15,8	6,0	2,6
3512	North Simcoe Muskoka	422 902	4,9	5,5	39 295	5,4	5,2	238 807	8,8	9,8	9,9	11,4	5,5	2,1
3513	North East	551 691	8,7	10,2	67 512	6,5	6,2	481 292	10,0	11,7	11,0	13,3	6,4	2,1
3514	North West	234 599	7,1	9,3	27 618	6,6	6,1	187 060	8,9	11,7	9,2	13,0	6,2	2,1

Tableau B
Certaines données hospitalières, diagnostic principal de trouble mental et diagnostic de trouble mental comorbide, par région sociosanitaire, tous âges confondus, Canada, 2003-2004 (suite)

Numéro de régions sociosanitaires en 2007	Province et nom de la région sociosanitaire	Population estimée	Nombre de jours associés à un diagnostic principal de trouble mental par 100 habitants	Nombre de jours associés à un diagnostic de trouble mental comorbide par 100 habitants	Hospitalisations			Jours de hospitalisation			Nombre moyen de jours par hospitalisation			Ratio de la durée moyenne du séjour, hospitalisations avec et sans diagnostic de trouble mental comorbide
					Nombre total d'hospitalisations	Pourcentage d'hospitalisations avec diagnostic principal de trouble mental	Pourcentage d'hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide	Nombre total de jours d'hospitalisation	Pourcentage de jours d'hospitalisation avec diagnostic principal de trouble mental	Pourcentage de jours d'hospitalisation avec diagnostic de trouble mental comorbide	Diagnostic principal de trouble mental	Trouble mental comorbide	Aucun trouble mental diagnostiqué	
	Manitoba													
4610	Winnipeg	646 541	12,9	16,3	51 691	7,0	7,8	555 367	15,0	19,0	23,0	26,3	8,3	3,2
4615	Brandon	48 256	15,9	16,2	4 501	8,0	9,3	51 065	15,0	15,3	21,2	18,7	9,6	2,0
4620	North Eastman	40 258	6,5	8,9	4 182	3,5	5,4	29 844	8,7	12,0	17,8	16,0	6,2	2,6
4625	South Eastman	59 175	7,3	10,6	6 378	2,8	6,2	47 436	9,1	13,2	24,1	15,8	6,4	2,5
4630	Interlake	78 880	5,0	9,3	9 325	3,4	5,4	63 076	6,3	11,6	12,3	14,7	6,1	2,4
4640	Central	98 602	6,7	20,6	10 802	4,0	10,1	86 354	7,6	23,5	15,3	18,5	6,4	2,9
4645	Assiniboine	68 352	18,3	17,9	12 218	5,9	8,0	99 011	12,6	12,4	17,4	12,5	7,1	1,8
4660	Parkland	40 058	25,6	21,9	6 944	5,3	7,7	59 603	17,2	14,7	28,1	16,4	6,7	2,4
4670	Norman	23 040	8,1	4,9	2 943	7,6	4,0	17 696	10,5	6,4	8,3	9,5	5,7	1,7
4680	Burntwood	44 316	4,4	4,8	6 438	5,0	5,8	31 963	6,1	6,7	6,1	5,7	4,9	1,2
	Saskatchewan													
4701	Sun Country RHA	51 316	5,5	7,0	9 963	3,2	5,3	52 190	5,5	6,9	8,8	6,8	5,0	1,4
4702	Five Hills RHA	51 868	8,7	5,9	8 212	6,0	3,6	46 222	9,8	6,6	9,2	10,2	5,2	2,0
4703	Cypress RHA	41 785	8,3	8,4	5 549	5,0	3,9	40 080	8,6	8,8	12,4	16,5	6,5	2,5
4704	Regina Qu'Appelle RHA	236 357	7,7	7,3	25 373	4,9	5,9	158 199	11,5	10,9	14,6	11,6	5,4	2,1
4705	Sunrise RHA	53 600	3,4	13,0	11 059	2,3	7,7	66 850	2,7	10,4	7,1	8,2	5,8	1,4
4706	Saskatoon RHA	281 227	6,2	7,7	27 905	4,6	5,9	185 757	9,5	11,7	13,7	13,1	5,9	2,2
4707	Heartland RHA	40 960	4,2	5,7	6 004	3,3	4,7	33 578	5,1	6,9	8,6	8,3	5,3	1,5
4708	Kelsey Trail RHA	39 866	2,9	12,5	6 263	2,4	7,7	39 295	2,9	12,6	7,5	10,3	5,9	1,7
4709	Prince Albert Parkland RHA	73 487	1,7	5,4	9 310	1,4	4,0	53 696	2,3	7,4	9,8	10,6	5,5	1,9
4710	Prairie North RHA	65 364	1,9	7,9	9 642	2,1	6,6	49 297	2,5	10,5	5,9	8,1	4,9	1,7
4711	Mamawetan Churchill RHA	19 569	0,8	3,2	2 148	2,6	4,7	9 282	1,6	6,8	2,7	6,2	4,3	1,5
4712	Keewatin Yatthé RHA	10 512	1,9	2,6	1 055	3,3	3,3	5 333	3,8	5,1	5,8	7,7	4,9	1,6
4713	Athabasca Health Authority	2 246	0,6	2,1	274	3,3	4,4	1 033	1,3	4,5	1,5	3,9	3,8	1,0
	Alberta													
4821	Chinook Regional Health	154 461	12,7	18,0	17 389	7,1	11,1	124 535	15,7	22,4	15,8	14,4	5,4	2,7
4822	Palliser Health Region	101 020	14,0	20,5	13 289	7,9	12,9	95 552	14,8	21,7	13,5	12,1	5,8	2,1
4823	Calgary Health Region	1 206 930	7,6	9,1	82 278	6,3	8,3	586 956	15,6	18,6	17,7	16,0	5,5	2,9
4824	David Thompson Region	298 766	8,7	15,0	37 991	4,0	8,8	263 001	9,9	17,1	16,9	13,5	5,8	2,3
4825	East Central Health	110 905	8,2	15,8	15 252	5,6	9,7	100 336	9,1	17,5	10,6	11,9	5,7	2,1
4826	Capital Health	1 036 813	6,0	12,8	73 849	4,7	11,4	533 755	11,7	24,9	18,0	15,8	5,5	2,9
4827	Aspen Regional Health	172 819	6,9	9,3	23 790	5,2	6,7	139 045	8,6	11,6	9,6	10,1	5,3	1,9
4828	Peace Country Health	135 336	8,2	8,9	17 085	6,3	7,6	93 271	12,0	13,0	10,4	9,3	4,8	2,0
4829	Northern Lights Health	73 290	5,4	4,6	7 713	4,6	5,0	38 339	10,3	8,9	11,1	8,8	4,4	2,0
	Colombie-Britannique													
5911	East Kootenay	74 663	7,8	5,6	7 875	6,8	4,8	44 386	13,1	9,4	10,9	11,1	4,9	2,2
5912	Kootenay/Boundary	73 665	8,2	6,9	10 273	6,7	5,0	57 091	10,6	8,9	8,7	9,9	5,1	2,0
5913	Okanagan	319 052	6,2	6,9	31 700	7,3	5,6	195 814	10,0	11,3	8,5	12,4	5,6	2,2
5914	Thompson/Cariboo	208 333	6,4	8,3	20 223	6,5	7,7	125 720	10,6	13,7	10,2	11,1	5,5	2,0
5921	Fraser East	256 211	6,6	3,9	22 624	7,2	2,5	144 454	11,7	6,9	10,4	17,7	5,8	3,1
5922	Fraser North	544 285	7,6	8,5	39 252	6,8	5,2	299 127	13,8	15,4	15,5	22,6	6,1	3,7
5923	Fraser South	630 430	6,4	5,9	43 193	5,8	3,8	332 040	12,1	11,3	16,1	23,0	6,5	3,5
5931	Richmond	174 461	5,4	3,5	9 448	6,4	3,4	66 595	14,2	9,1	15,7	18,7	6,0	3,1
5932	Vancouver	589 058	11,1	10,9	37 022	10,3	10,7	317 524	20,6	20,3	17,0	16,3	6,4	2,5
5933	North Shore/Coast Garibaldi	260 013	6,1	6,3	18 807	6,3	6,0	133 749	12,0	12,2	13,6	14,4	6,2	2,3
5941	South Vancouver Island	345 164	19,0	15,4	31 393	7,6	7,1	280 390	23,5	19,0	27,4	23,7	6,0	3,9
5942	Central Vancouver Island	246 583	8,4	7,6	25 185	6,1	5,8	163 778	12,6	11,5	13,5	12,8	5,6	2,3
5943	North Vancouver Island	114 594	9,8	13,4	11 579	6,8	9,6	75 692	14,8	20,3	14,2	13,8	5,1	2,7
5951	Northwest	73 830	7,6	6,8	7 643	9,3	6,8	43 319	12,9	11,6	7,9	9,6	5,1	1,9
5952	Northern Interior	139 711	10,1	8,7	16 170	6,7	7,8	98 101	14,4	12,4	13,0	9,6	5,2	1,8
5953	Northeast	63 434	9,3	6,4	5 667	8,7	7,6	33 555	17,5	12,1	11,9	9,3	5,0	1,9
	Territoires													
6001	Yukon	30 372	4,4	6,6	2 356	8,3	9,0	12 349	10,7	16,3	6,8	9,5	4,6	2,1
6101	Territoires du Nord-Ouest	41 464	7,3	3,2	4 376	12,2	5,7	18 564	16,2	7,1	5,7	5,3	4,0	1,3
6201	Nunavut	29 474	2,9	0,6	1 963	6,2	2,2	7 529	11,4	2,3	7,1	4,1	3,6	1,1
Total		**31 611 964**	**7,7**	**10,3**	**2 695 311**	**5,4**	**7,9**	**19 735 116**	**11,9**	**15,4**	**16,1**	**14,3**	**6,1**	**2,3**

Nota : Comprend tous les âges; 16 220 dossiers ont été exclus parce qu'ils ne pouvaient être attribués à une région sociosanitaire.
Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Tableau C
Caractéristiques des hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide pour les principaux types de maladie (chapitres de la CIM-10-CA), par groupe d'âge, Canada, en excluant le Manitoba et le Québec, 2003-2004

		% d'hospitalisations par chapitre					Nombre total d'hospitalisations					% d'hospitalisations avec comorbidité mentale par chapitre				
	Chapitre de la CIM-10-CA	0 à 19 ans	20 à 39 ans	40 à 64 ans	65 ans et plus	Total	0 à 19 ans	20 à 39 ans	40 à 64 ans	65 ans et plus	Total	0 à 19 ans	20 à 39 ans	40 à 64 ans	65 ans et plus	Total
	Tous les chapitres	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**197 424**	**443 950**	**501 168**	**709 495**	**1 852 037**	**2,4**	**3,5**	**6,8**	**9,8**	**6,7**
1	Maladies infectieuses	5,1	0,8	1,3	1,4	1,6	10 007	3 741	6 489	9 780	30 017	1,2	11,0	11,9	14,1	8,9
2	Tumeurs	1,3	2,4	12,2	9,5	7,6	2 603	10 677	60 895	67 174	141 349	2,3	1,7	3,0	5,2	3,9
3	Maladies du sang	1,6	0,4	1,0	1,2	1,0	3 212	1 660	4 951	8 546	18 369	1,7	5,2	6,3	8,3	6,3
4	Maladies métaboliques	2,8	1,4	2,9	2,9	2,5	5 435	6 327	14 725	20 480	46 967	4,1	10,3	12,1	15,8	12,6
6	Maladies du système nerveux	2,3	0,9	1,9	1,6	1,6	4 459	4 188	9 310	11 283	29 240	8,7	13,0	15,5	17,9	15,0
7	Maladies de l'œil	0,4	0,1	0,5	0,4	0,4	888	615	2 449	2 694	6 646	1,0	2,0	1,6	2,5	1,9
8	Maladies de l'oreille	0,9	0,2	0,3	0,3	0,3	1 798	758	1 702	1 840	6 098	1,1	2,9	3,1	6,1	3,4
9	Maladies de l'appareil circulatoire	1,1	1,6	16,7	25,1	14,7	2 142	7 299	83 898	178 033	271 372	3,1	8,2	5,7	7,8	7,1
10	Maladies de l'appareil respiratoire	24,2	2,8	6,2	11,6	9,4	47 774	12 420	30 946	82 245	173 385	1,1	7,5	12,4	13,5	9,5
11	Maladies de l'appareil digestif	11,0	8,1	15,0	10,9	11,4	21 778	36 180	75 138	77 306	210 402	1,6	5,0	7,0	7,6	6,3
12	Maladies de la peau	1,5	0,7	1,3	0,9	1,0	2 941	2 981	6 433	6 618	18 973	2,0	13,4	11,0	11,3	10,1
13	Maladies du système ostéo-articulaire et des muscles	2,3	2,6	7,3	6,4	5,3	4 595	11 385	36 557	45 115	97 652	2,8	3,6	3,5	5,8	4,5
14	Maladies de l'appareil génito-urinaire	3,6	5,3	9,1	5,6	6,3	7 182	23 653	45 461	39 809	116 105	1,1	2,0	2,4	8,7	4,4
15	Grossesse	6,9	55,0	1,7	†	14,4	13 688	244 309	8 563	†	266 561	2,0	1,1	1,2	†	1,1
16	Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	6,0	†	†	†	†	11 846	26	6	†	11 879	0,0	†	†	†	†
17	Maladies congénitales	3,6	0,2	0,2	0,0	0,5	7 079	959	1 002	328	9 368	1,2	2,7	4,1	5,8	1,8
18	États morbides mal définis	6,9	3,3	7,9	7,8	6,6	13 696	14 536	39 387	55 112	122 731	4,3	9,5	9,3	11,9	9,9
19	Lésions traumatiques et empoisonnements	13,3	7,2	9,1	8,4	8,8	26 222	31 897	45 841	59 840	163 800	5,8	14,1	12,2	14,9	12,5
20	Cause extérieure	5,1	6,8	5,4	6,1	6,0	10 052	30 216	27 224	43 228	110 720	2,2	1,8	5,7	11,7	6,7

† Chiffre trop faible pour être publié (moins de six hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide). **Nota :** Cette analyse porte uniquement sur les dossiers codés selon la CIM-10-CA, de sorte que 747 510 hospitalisations au Québec et au Manitoba, codées d'après la CIM-9 et la CIM-9-MC en 2003-2004, ont été exclues. On a exclu les observations avec diagnostic principal de trouble mental au Canada sans le Québec et le Manitoba (111 986). Dès lors, l'analyse a compris 1 852 037 hospitalisations pour 2003-2004, soit 68,3 % du total (2 711 533 moins 747 510, moins 111 986). Il y a aussi 403 dossiers compris dans le dénominateur ainsi que des données non présentées qui correspondent à des éléments morphologiques additionnels.
Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Tableau D
Pourcentage d'hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide, par province et territoire ainsi que par chapitre de la CIM-10-CA, Canada, en excluant le Manitoba et le Québec, 2003-2004

	Chapitre de la CIM-10-CA	Total	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Sask.	Alb	C.-B.	Yn	T. N.-O.	Nt
	Tous les chapitres	**6,7**	**3,2**	**5,7**	**6,2**	**6,7**	**6,1**	**5,9**	**9,9**	**6,7**	**3,2**	**5,7**	**6,2**
1	Maladies infectieuses	8,9	3,8	5,4	7,9	6,1	8,0	5,0	12,9	12,2	3,8	5,4	7,9
2	Tumeurs	3,9	1,8	4,3	3,9	4,0	3,7	2,3	7,3	2,7	1,8	4,3	3,9
3	Maladies du sang	6,3	2,9	†	7,3	7,0	5,4	5,6	10,4	6,9	2,9	†	7,3
4	Maladies métaboliques	12,6	5,7	11,0	12,4	10,8	12,3	10,1	17,7	11,7	5,7	11,0	12,4
6	Maladies du système nerveux	15,0	8,0	10,8	14,7	14,7	14,7	11,0	18,2	16,0	8,0	10,8	14,7
7	Maladies de l'œil	1,9	†	†	†	5,0	1,3	†	2,7	2,2	†	†	†
8	Maladies de l'oreille	3,4	†	†	1,5	3,5	2,8	6,1	6,4	1,7	†	†	1,5
9	Maladies de l'appareil circulatoire	7,1	3,5	6,5	6,0	7,2	6,5	6,0	12,9	6,5	3,5	6,5	6,0
10	Maladies de l'appareil respiratoire	9,5	3,6	6,7	9,3	7,5	9,9	5,7	13,8	8,3	3,6	6,7	9,3
11	Maladies de l'appareil digestif	6,3	3,0	4,4	5,4	6,3	5,7	5,2	10,2	5,9	3,0	4,4	5,4
12	Maladies de la peau	10,1	2,2	7,9	8,7	9,6	8,1	7,0	14,9	15,0	2,2	7,9	8,7
13	Maladies du système ostéo-articulaire et des muscles	4,5	2,7	4,2	3,5	5,9	3,5	3,8	8,0	4,6	2,7	4,2	3,5
14	Maladies de l'appareil génito-urinaire	4,4	1,6	2,7	4,1	3,8	4,4	3,8	7,3	3,3	1,6	2,7	4,1
15	Grossesse	1,1	0,5	0,7	0,4	0,7	0,6	2,4	1,6	2,0	0,5	0,7	0,4
16	Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,0	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†
17	Maladies congénitales	1,8	4,8	†	†	2,4	1,2	2,5	2,7	2,2	4,8	†	†
18	États morbides mal définis	9,9	4,2	8,0	8,9	10,9	9,3	9,1	14,3	9,9	4,2	8,0	8,9
19	Lésions traumatiques et empoisonnements	12,5	6,1	11,8	10,6	10,3	12,0	11,6	15,6	12,9	6,1	11,8	10,6
20	Classification supplémentaire	6,7	3,3	7,2	7,8	7,2	5,0	7,0	10,5	7,9	3,3	7,2	7,8

† Chiffre trop faible pour être publié (moins de six hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide).
Nota : Cette analyse porte uniquement sur les dossiers codés selon la CIM-10-CA, de sorte que 747 510 hospitalisations au Québec et au Manitoba, codées d'après la CIM-9 et la CIM-9-MC en 2003-2004, ont été exclues. On a exclu les observations avec diagnostic principal de trouble mental au Canada sans le Québec et le Manitoba (111 986). Dès lors, l'analyse a compris 1 852 037 hospitalisations pour 2003-2004, soit 68,3 % du total (2 711 533 moins 747 510, moins 111 986). Il y a aussi 403 dossiers compris dans le dénominateur ainsi que des données non présentées qui correspondent à des éléments morphologiques additionnels.
Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Tableau E

Pourcentage de jours d'hospitalisation avec diagnostic de trouble mental comorbide, par province et territoire et par chapitre de la CIM-10-CA, Canada, en excluant le Manitoba et le Québec, 2003-2004

	Chapitre de la CIM-10-CA	Total	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Sask.	Alb	C.-B.	Yn	T. N.-O.	Nt
	Tous les chapitres	**15,3**	**9,1**	**13,1**	**15,3**	**14,7**	**13,4**	**10,7**	**22,4**	**16,5**	**15,1**	**9,1**	**13,1**
1	Maladies infectieuses	20,3	12,2	11,3	20,3	15,2	17,6	10,9	28,5	28,3	20,7	12,2	11,3
2	Tumeurs	9,0	5,2	9,5	9,0	8,4	8,5	4,3	15,6	8,2	9,1	5,2	9,5
3	Maladies du sang	13,9	8,1	†	13,9	9,2	9,5	8,7	19,2	13,4	11,5	8,1	†
4	Maladies métaboliques	18,9	12,3	23,2	18,9	24,7	21,2	16,4	31,0	23,1	22,4	12,3	23,2
6	Maladies du système nerveux	37,4	17,4	25,5	37,4	31,9	27,1	14,8	37,6	32,4	29,2	17,4	25,5
7	Maladies de l'œil	†	†	†	†	8,8	4,2	†	6,4	17,1	6,5	†	†
8	Maladies de l'oreille	3,5	†	†	3,5	9,8	6,3	7,9	12,0	4,5	7,2	†	†
9	Maladies de l'appareil circulatoire	14,0	9,3	13,3	14,0	12,2	12,4	9,7	23,6	16,2	14,2	9,3	13,3
10	Maladies de l'appareil respiratoire	19,9	12,5	15,2	19,9	14,6	18,6	11,1	26,9	17,1	18,7	12,5	15,2
11	Maladies de l'appareil digestif	11,2	8,3	9,8	11,2	11,7	11,2	9,4	19,4	11,9	12,4	8,3	9,8
12	Maladies de la peau	16,8	4,6	20,7	16,8	19,0	14,4	12,2	26,4	23,5	18,1	4,6	20,7
13	Maladies du système ostéo-articulaire et des muscles	10,9	7,4	7,6	10,9	12,1	9,7	7,5	19,1	14,9	12,1	7,4	7,6
14	Maladies de l'appareil génito-urinaire	12,0	7,6	5,2	12,0	11,6	12,0	8,1	19,4	11,4	12,5	7,6	5,2
15	Grossesse	0,6	1,1	1,6	0,6	1,2	1,0	3,1	2,4	4,8	2,0	1,1	1,6
16	Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†
17	Maladies congénitales	†	21,2	†	†	3,8	4,4	8,5	6,8	9,5	6,0	21,2	†
18	États morbides mal définis	19,4	12,8	12,3	19,4	18,3	18,7	15,1	28,0	23,4	20,3	12,8	12,3
19	Lésions traumatiques et empoisonnements	19,9	9,8	19,4	19,9	20,3	20,4	16,8	28,1	23,5	21,7	9,8	19,4
20	Classification supplémentaire	21,7	10,2	18,8	21,7	21,2	17,0	14,8	28,7	18,3	19,6	10,2	18,8

† Chiffre trop faible pour être publié (moins de six hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide).

Nota : Cette analyse porte uniquement sur les dossiers codés selon la CIM-10-CA, de sorte que 747 510 hospitalisations au Québec et au Manitoba, codées d'après la CIM-9 et la CIM-9-MC en 2003-2004, ont été exclues. On a exclu les observations avec diagnostic principal de trouble mental au Canada sans le Québec et le Manitoba (111 986). Dès lors, l'analyse a compris 1 852 037 hospitalisations pour 2003-2004, soit 68,3 % du total (2 711 533 moins 747 510, moins 111 986). Il y a aussi 403 dossiers compris dans le dénominateur ainsi que des données non présentées qui correspondent à des éléments morphologiques additionnels.

Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Tableau F

Ratio de la durée moyenne du séjour en hôpital de soins de courte durée avec diagnostic de trouble mental comorbide à la durée moyenne du séjour en l'absence de diagnostic de trouble mental comorbide, par province et territoire et par chapitre de la CIM-10-CA, Canada, en excluant le Manitoba et le Québec, 2003-2004

	Chapitre de la CIM-10-CA	Total	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Sask.	Alb	C.-B.	Yn	T. N.-O.	Nt
	Tous les chapitres	**2,7**	**3,0**	**2,5**	**2,7**	**2,4**	**2,4**	**1,9**	**2,6**	**2,7**	**2,5**	**3,0**	**2,5**
1	Maladies infectieuses	3,0	3,5	2,2	3,0	2,8	2,5	2,3	2,7	2,9	2,7	3,5	2,2
2	Tumeurs	2,5	3,0	2,3	2,5	2,2	2,4	1,9	2,4	3,3	2,5	3,0	2,3
3	Maladies du sang	2,0	2,9	†	2,0	1,3	1,9	1,6	2,0	2,1	1,9	2,9	†
4	Maladies métaboliques	1,7	2,3	2,4	1,7	2,7	1,9	1,8	2,1	2,3	2,0	2,3	2,4
6	Maladies du système nerveux	3,5	2,4	2,8	3,5	2,7	2,2	1,4	2,7	2,5	2,3	2,4	2,8
7	Maladies de l'œil	†	†	†	†	1,8	3,4	†	2,5	9,2	3,5	†	†
8	Maladies de l'oreille	2,4	†	†	2,4	3,0	2,3	1,3	2,0	2,7	2,2	†	†
9	Maladies de l'appareil circulatoire	2,6	2,8	2,2	2,6	1,8	2,0	1,7	2,1	2,8	2,2	2,8	2,2
10	Maladies de l'appareil respiratoire	2,4	3,8	2,5	2,4	2,1	2,1	2,1	2,3	2,3	2,2	3,8	2,5
11	Maladies de l'appareil digestif	2,2	2,9	2,4	2,2	2,0	2,1	1,9	2,1	2,1	2,1	2,9	2,4
12	Maladies de la peau	2,1	2,2	3,0	2,1	2,2	1,9	1,9	2,0	1,7	2,0	2,2	3,0
13	Maladies du système ostéo-articulaire et des muscles	3,3	2,9	1,9	3,3	2,2	2,9	2,0	2,7	3,6	2,9	2,9	1,9
14	Maladies de l'appareil génito-urinaire	3,2	5,0	2,0	3,2	3,3	3,0	2,3	3,1	3,8	3,1	5,0	2,0
15	Grossesse	1,5	2,5	2,2	1,5	1,7	1,6	1,3	1,5	2,4	1,8	2,5	2,2
16	Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†
17	Maladies congénitales	†	5,3	†	†	1,6	3,6	3,6	2,6	4,7	3,5	5,3	†
18	États morbides mal définis	2,5	3,3	1,6	2,5	1,8	2,3	1,8	2,3	2,8	2,3	3,3	1,6
19	Lésions traumatiques et empoisonnements	2,1	1,7	1,8	2,1	2,2	1,9	1,5	2,1	2,1	1,9	1,7	1,8
20	Classification supplémentaire	3,3	3,4	3,0	3,3	3,5	3,9	2,3	3,5	2,6	3,4	3,4	3,0

† Chiffre trop faible pour être publié (moins de six hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide).

Nota : Cette analyse porte uniquement sur les dossiers codés selon la CIM-10-CA, de sorte que 747 510 hospitalisations au Québec et au Manitoba, codées d'après la CIM-9 et la CIM-9-MC en 2003-2004, ont été exclues. On a exclu les observations avec diagnostic principal de trouble mental au Canada sans le Québec et le Manitoba (111 986). Dès lors, l'analyse a compris 1 852 037 hospitalisations pour 2003-2004, soit 68,3 % du total (2 711 533 moins 747 510, moins 111 986). Il y a aussi 403 dossiers compris dans le dénominateur ainsi que des données non présentées qui correspondent à des éléments morphologiques additionnels.

Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Tableau G
Pourcentage d'hospitalisations en hôpital de soins de courte durée avec diagnostic de trouble mental comorbide, par chapitre de la CIM-10-CA et par type de comorbidité mentale, Canada, en excluant le Manitoba et le Québec, 2003-2004

Chapitre de la CIM-10-CA		Nombre total de jours (milliers)	Type de trouble mental							
			Troubles organiques	Troubles d'utilisation de substances	Psychoses	Troubles de l'humeur	Troubles de l'anxiété	Troubles de la personnalité	Autres	Ensemble de troubles mentaux comorbides
	Tous les chapitres	**1 852**	**2,5**	**1,7**	**0,3**	**1,5**	**0,8**	**0,2**	**0,5**	**6,7**
1	Maladies infectieuses	30	3,8	2,5	0,3	1,9	0,6	0,1	0,7	8,9
2	Tumeurs	141	1,5	0,7	0,3	1,0	0,5	0,0	0,2	3,9
3	Maladies du sang	18	2,4	1,6	0,3	1,5	0,6	0,1	0,5	6,3
4	Maladies métaboliques	47	4,8	2,9	0,7	3,3	1,0	0,3	1,0	12,6
6	Maladies du système nerveux	29	5,5	3,7	0,6	3,2	1,5	0,3	2,1	15,0
7	Maladies de l'œil	7	0,6	0,3	0,2	0,4	0,3	†	0,3	1,9
8	Maladies de l'oreille	6	0,5	0,3	0,1	1,1	1,1	†	0,5	3,4
9	Maladies de l'appareil circulatoire	271	3,3	1,5	0,3	1,5	0,9	0,1	0,3	7,1
10	Maladies de l'appareil respiratoire	173	4,1	2,0	0,5	1,8	1,3	0,1	0,6	9,5
11	Maladies de l'appareil digestif	210	1,7	2,5	0,2	1,3	0,7	0,1	0,4	6,3
12	Maladies de la peau	19	2,7	4,1	0,5	2,2	0,7	0,4	0,6	10,1
13	Maladies du système ostéo-articulaire et des muscles	98	1,4	0,9	0,2	1,4	0,7	0,1	0,3	4,5
14	Maladies de l'appareil génito-urinaire	116	2,4	0,5	0,2	1,1	0,3	0,1	0,2	4,4
15	Grossesse	267	0,0	0,5	0,0	0,3	0,2	0,0	0,2	1,1
16	Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	12	†	†	†	†	†	†	†	†
17	Maladies congénitales	9	0,2	0,3	0,1	0,4	0,2	†	0,8	1,8
18	États morbides mal définis	123	3,0	2,2	0,4	2,5	2,0	0,3	0,9	9,9
19	Lésions traumatiques et empoisonnements	164	4,2	4,2	0,5	3,2	0,8	0,7	1,1	12,5
20	Classification supplémentaire	111	3,3	1,1	0,3	1,6	0,6	0,1	0,5	6,7

† Chiffre trop faible pour être publié (moins de six hospitalisations avec diagnostic de trouble mental comorbide).

Notes : Cette analyse porte uniquement sur les dossiers codés selon la CIM-10-CA, de sorte que 747 510 hospitalisations au Québec et au Manitoba, codées d'après la CIM-9 et la CIM-9-MC en 2003-2004, ont été exclues. On a exclu les observations avec diagnostic principal de trouble mental au Canada sans le Québec et le Manitoba (111 986). Dès lors, l'analyse a compris 1 852 037 hospitalisations pour 2003-2004, soit 68,3 % du total (2 711 533 moins 747 510, moins 111 986). Il y a aussi 403 dossiers compris dans le dénominateur ainsi que des données non présentées qui correspondent à des éléments morphologiques additionnels. Le pourcentage pour la catégorie « Ensemble des troubles mentaux comorbides » est inférieur à la somme des sept catégories parce que, pour certaines hospitalisations, on a diagnostiqué plus d'un trouble mental.

Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.